

DU

MÉLANO-SARCOME INTRA-OCULAIRE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MARDI 17 JUIN 1890

PAR

GABRIEL-LOUIS-GUSTAVE CRÉPET

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE

Né à Thiaucourt (Meurthe-et-Moselle), le 13 octobre 1865

Examineurs :

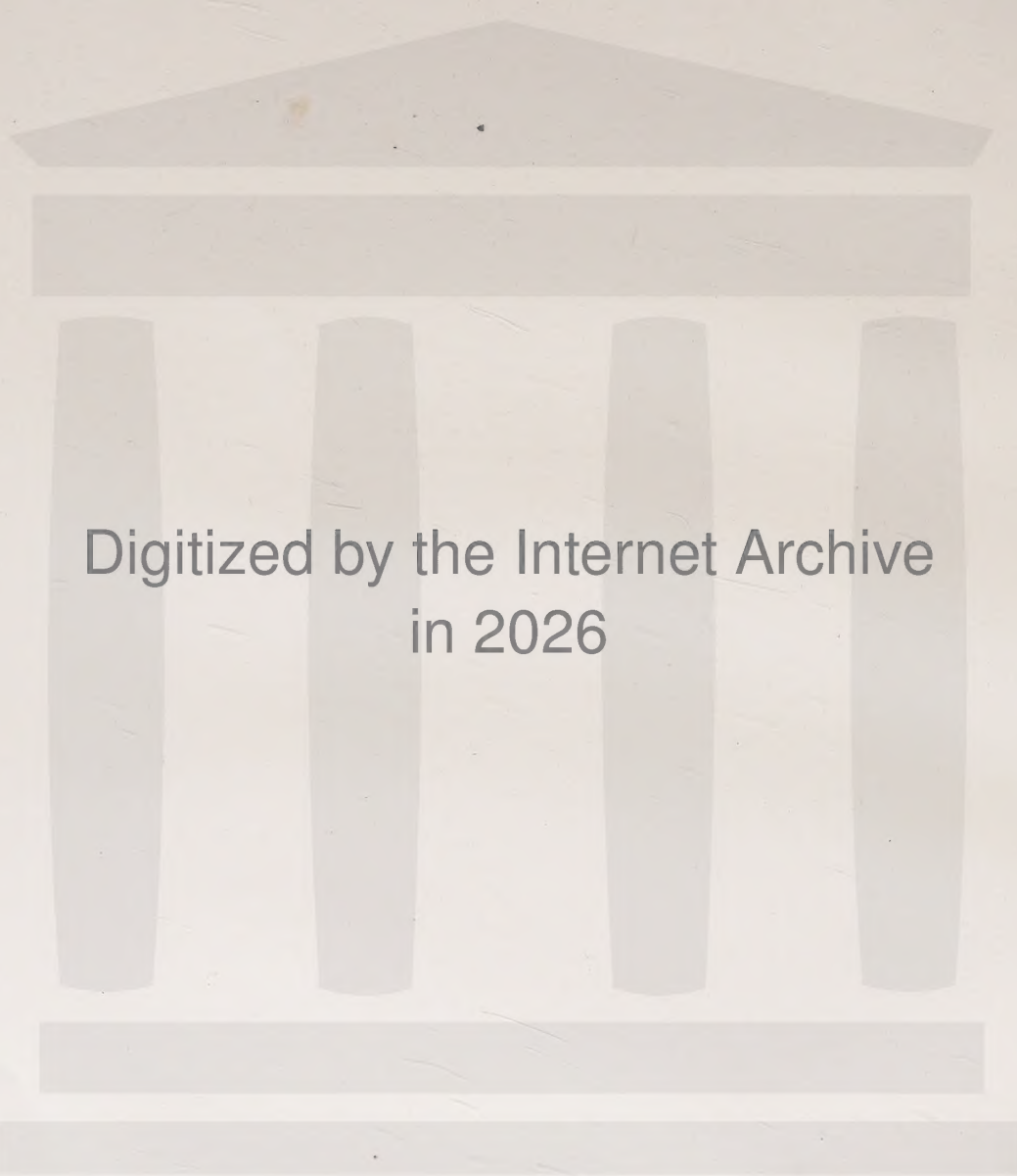
MM. CHRETIEN, *Président.*
WEISS, professeur.
ROHMER, agrégé.
RENÉ, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE DE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

1890



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0021

1889-90, N° 19. FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY 1^{re} Série, N° 315

DU

MÉLANO-SARCOME INTRA-OCULAIRE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MARDI 17 JUIN 1890

PAR

GABRIEL-LOUIS-GUSTAVE CRÉPET

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE

Né à Thiaucourt (Meurthe-et-Moselle), le 13 octobre 1865

Examineurs : { MM. CHRETIEN, *Président.*
WEISS, professeur.
ROHMER, agrégé.
RENÉ, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE DE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *,

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O. COZE I O.
V. PARISOT *, I O HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O, DEMANGE *, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie	M. BEUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques...	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements..	M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Histoire naturelle médicale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histologie.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
	M. SCHMITT A O, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. GUÉRIN.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	RENÉ, A O.	REMY.
BARABAN, A O.	NICOLAS.	P. PARISOT.
	VAUTRIN.	

AGRÉGÉ LIBRE: M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS  A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE TRÈS-REGRETTÉ

A MON EXCELLENTE MÈRE

A MONSIEUR ET MADAME CHARLES BENOIT

Faible témoignage de ma profonde gratitude et de ma
respectueuse affection

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRÉTIEN

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR LALLEMENT

Souvenir respectueux de son préparateur

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MON AMI V. PRAUTOIS

INTRODUCTION

Pendant que nous suivions la clinique ophthalmologique de M. le professeur agrégé Rohmer, il nous a été donné de voir un cas de mélanosarcome intraoculaire, pour lequel l'extirpation de l'œil fut pratiquée. Ayant fait quelques recherches à ce sujet, nous avons été frappé de la malignité attribuée à cette affection et de la rapidité avec laquelle la récurrence est signalée comme devant se produire. L'idée nous vint alors d'étudier les tumeurs à pigment mélanique et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Si l'on vient en effet à ouvrir les auteurs ayant écrit sur la question, ce qui frappe à première vue, c'est l'accord presque unanime de ceux-ci à constater la gravité exceptionnelle de cette affection et son degré de malignité extrême ; un bon nombre la considèrent comme devant toujours amener la mort à délai plus ou moins bref, soit par récurrence, soit par métastase. Cette proposition n'est pas, dans tous les cas, l'expression exacte de la vérité et il nous a paru que, pour un certain nombre de cas du moins, le pronostic était moins sombre qu'on a pu le croire, surtout quand on intervient à temps, dès le début de la maladie. Un pas a déjà été fait dans cette voie par Bimsenstein (*Thèse de doctorat*, Paris, 1879) qui, prenant pour point de départ un cas de mélanosarcome extraoculaire, observé à la clinique de Panas, s'est attaché à démontrer la bénignité de la mélanose oculaire. Voici comme il s'en exprime : « Il existe, en effet, parmi les productions mélaniques de l'œil, une tumeur histologiquement bien connue, le mélanosarcome qui doit à certaines particularités de siège et de marche un pronostic bénin. » Mais il s'est borné uniquement à la mélanose extra-oculaire. « Nous laissons de côté, dit-il, la mélanose intraoculaire et orbitaire qui est caractérisée par un développement rapide, accompagné de douleurs violentes et de la généralisation du néoplasme, symptômes avant-coureurs d'une mort prochaine. » Loin d'en démontrer la bénignité, il lui reconnaît bien plutôt la nature maligne qui lui est généralement assignée. Il nous semble que c'est trop dire ; du reste, quelques chirurgiens et ophthal-

mologistes, ayant pu opérer dans les conditions voulues, n'ont pas craint de manifester les espérances qu'ils fondent sur les suites heureuses de l'intervention : de ce nombre sont Hasket Derby (*Boston, méd. and. surg. Journ.* n° 6 et *Union médic.*, 1872, t. I, p. 307) Spencer Watson (observation 31) — Dehenne (*Un. médic.* 1886, t. I.) L'intervention avant l'apparition de tout accident glaucomateux, dit-il, avant toute perforation, nous assure contre toute chance de récurrence et surtout de généralisation à distance. — Scimeni (*Ann. d'ottalm.*) 1888, p. 129), etc. Nous rangeant à leur opinion, nous nous sommes efforcé de faire ressortir les bénéfices que l'on peut tirer d'une opération faite à temps.

L'étude du mélanosarcome étant de date relativement peu ancienne, nous n'avons pu réunir autant de matériaux que nous l'aurions voulu : la première observation parue sous ce titre est, en effet, de 1868, publiée par de Græfe (*Archiv. für ophthalm.*, 1852, Abth II, p. 218). Il eût été possible, à la vérité, de trouver dans les affections décrites antérieurement à cette époque sous le nom de fungus médullaire, de fungus hématode et plus tard sous celui de mélanose oculaire, car la plupart de ces tumeurs ne sont que des sarcomes mélaniques, un certain nombre d'observations concluantes, mais il est bien évident que quelques cas de carcinomes mélaniques ou autres intervenant dans la question, nos résultats auraient été entachés d'inexactitude, le pronostic du sarcome et du carcinome n'étant certainement pas identique dans bien des circonstances ; nous nous sommes donc borné aux cas de sarcomes bien avérés, laissant de côté tous ceux dont la nature pouvait être douteuse.

Le titre que nous donnons à ce travail indique suffisamment que nous n'avons pas la prétention d'offrir une étude complète sur tout ce qui se rapporte au sarcome mélanique intraoculaire, cette étude ayant déjà été faite antérieurement d'une façon fort complète, notamment par Brière (Paris, 1873, *Th. de doctorat*). Nous plaçant au point de vue clinique, nous l'envisageons surtout quant à son pronostic, son traitement, ses résultats consécutifs, pour ne faire ressortir que les déductions pratiques que l'on en peut tirer.

Aussi ne dirons-nous rien de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, des symptômes, etc., que l'on trouvera décrits au long dans les auteurs classiques ; nous nous bornerons simplement à retracer en quelques mots l'histoire de cette affection, puis nous placerons les

quelques observations que nous avons pu réunir ; malheureusement la plupart ne disent rien ou presque rien sur les suites : le fait est publié peu de temps après qu'il a été étudié et les détails sur la marche ultérieure de la maladie après l'opération, font absolument défaut. Cette lacune est fort regrettable ; la meilleure de ces observations n'a plus, dans ces conditions, qu'une valeur très relative pour ceux qui s'y reportent par la suite, puisqu'avec elle on ne peut établir que des probabilités et que l'on manque de données précises pour le pronostic, sur lequel nous nous étendrons un peu plus longtemps.

Dans l'exposé du traitement, nous comparerons les faits dans lesquels l'affection suit son cours sans être modifiée, soit hâtée, soit retardée, par une opération avec ceux dans lesquels on a opéré, d'examiner s'il y a avantage ou danger d'enucléer les yeux atteints de mélando-sarcôme ; en d'autres termes, est-il préférable d'abandonner l'affection à elle même ou de la traiter ? Quel mode de traitement donne les meilleurs résultats immédiats et surtout éloignés ?

Avant d'exposer notre sujet, nous prions M. le professeur Chrétien d'agréer ici le témoignage public de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous marquer dans nos années d'études et pour la bienveillance avec laquelle il a accepté la présidence de cette thèse. Que M. le professeur Spillmann et M. le professeur agrégé René, veuillent bien recevoir aussi l'expression de notre reconnaissance pour les leçons instructives qu'ils nous ont données. Nous remercions tout particulièrement M. le professeur agrégé Rohmer des conseils qu'il a bien voulu nous donner et de la façon aussi savante que pleine d'intérêt dont il a guidé nos premiers pas en ophthalmologie.



HISTORIQUE

La mélanose était inconnue au siècle dernier : Elle a été étudiée pour la première fois avec soin par Laënnec en 1806, c'est lui qui appliqua aux tumeurs mélaniques le nom de Mélanose. Abernethy (*Chir. observat.* 1804, p. 99) et Wardrop avaient aussi entrevu la mélanose intraoculaire. Ce sont à peu près les seuls, car avant 1820, c'est à peine si on trouve mentionnée la présence de matière noire dans quelques tumeurs de l'œil.

Maunoir, de Genève (*Sur le fungus médullaire et hématoïde*, Paris 1820), fit faire un grand pas à la question des tumeurs intraoculaires dans un mémoire qu'il publia en 1820. Il distingua le fungus hématoïde, répondant au sarcôme de la choroïde, du fungus médullaire qui représente le gliôme de la rétine.

Gunther, en 1824 (*Analecta ad anatomiam fungi medullaris*. Lipsiæ, 1824), fait paraître un mémoire contenant des cas de mélanose très nettement exposés et accompagnés de l'examen anatomique. Il cite même un cas de généralisation après l'extirpation d'une mélanose oculaire.

A partir de 1838, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur la mélanose oculaire : Lawrence (*Ann. d'ocul.*, t. I, p. 33, 1838) Prael (*Schmidt's Jahrbücher*, B. XXII, p. 338), Malgaigne (*Gaz. des hôp.* t. III, p. 219), Velpeau (*Journ. des conn. méd. chir.*, t. X, p. 179), Nélaton, etc., insistant tous sur la grande malignité de la mélanose oculaire et sur la nécessité d'une intervention rapide.

Warren cependant, en 1839 (In : *Surgical observations on tumours*, 1839, p. 518), décrit deux formes de mélanose oculaire bien distinctes l'une maligne, l'autre qui ne l'est pas.

Foltz, de Lyon, en 1849 (*Ann. d'ocul.* 1849, p. 130), émet une opinion sur la formation du pigment et conseille l'énucléation de l'œil.

En 1853, Sichel et Pamard, d'Avignon (*Ann. d'oc.*, t. XXXIX, p. 25, 1853), tendent à prouver que cette affection n'est pas aussi maligne que leurs prédécesseurs l'ont déclaré.

Cette opinion fut vivement combattue notamment par Lebert (*Tr.*

d'anat. path. génér. et spéciale, t. I, p. 120), puis un grand nombre d'auteurs se succèdent, plaidant tantôt en faveur de la bénignité, tantôt en faveur de la malignité de l'affection.

C'est seulement à partir de cette époque que l'on voit apparaître les premières observations de sarcôme de la choroïde de Gluge, de Græfe (1858), de Dor, de Hulke, de Niessl, de Klebs, de Jacobi, de Knapp (1860-1864), de Mackensie (*Mal. des yeux*), en 1865, de Wecker, en 1867, de Pano, en 1866.

Virchow (*Path. des tum.* traduit par Arronsohn 1866-1869, t. II, p. 272) décrit trois variétés dans la mélanose oculaire : des sarcômes simples, des carcinômes, des sarcômes carcinomateux ou formes mixtes. Il reconnaît un certain caractère de bénignité à certains mélanomes de la conjonctive et de la sclérotique, surtout au bord de la cornée.

De Græfe et Knapp, en 1868 (*Die intra-ocularen Geschwülste*, p. 152-210), étudient avec soin l'étiologie et la marche clinique des tumeurs de l'œil.

Becker, professeur à Heidelberg, avança beaucoup l'étude des sarcômes choroidiens en publiant un article (*Archiv. für Augen und Ohrenheilkunde B. II, abth II*, p. 214) sur le diagnostic des tumeurs intra-oculaires à la première période, alors que rien ne fait supposer une affection sérieuse et que l'ophthalmoscope seul peut en montrer la nature.

Enfin parut l'excellente *Thèse de doctorat*, de Brière (Paris 1873), qui est la monographie la plus complète sur cette question et qui nous a guidé dans nos recherches : il insiste sur un signe précieux pour le diagnostic : la présence d'un lacis vasculaire indépendant de celui de la rétine.

Les traités d'ophtalmologie, ainsi que Brière le fait lui-même remarquer, sont extrêmement sobres de détails sur les tumeurs sarcomateuses choroidiennes, aussi bien les traités français que ceux en langues étrangères.

Nous avons eu recours également aux monographies de Vazeille (1879), de Bimsenstein, etc.

Vossius, en 1866, a fait des recherches microchimiques sur l'origine du pigment dans les tumeurs mélaniques de l'œil (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1886).

En 1884, parut un article du docteur O. Lange, de St-Petersbourg

(in : *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Zur diagnose des intra-ocularen sarcomes*, p. 410), il signale un moyen nouveau de confirmer le diagnostic. Pour savoir s'il y avait là une tumeur, dit-il, ou un décollement simple de la rétine, je me dis que, si dans le cas présent il s'agissait véritablement d'une tumeur, en essayant d'éclairer la sclérotique par transparence à la place correspondant à la tumeur je ne devais aboutir à rien, que si au contraire la rétine était seulement décollée, comme le liquide rétro-rétineal est séreux, elle devrait se laisser éclairer par un foyer lumineux concentré par une lentille et tombant sur la sclérotique, et si cela me réussissait, je devais pouvoir éclairer la pupille. Le lendemain matin, après instillation d'atropine je tentai la chose avec le plus grand succès. Aussitôt que j'eus mis l'œil dans la plus forte abduction et que j'eus fait tomber un rayon lumineux concentré à l'aide d'une lentille (la source lumineuse était un bec de gaz) sur la partie de la sclérotique correspondant au décollement rétinien, c'est-à-dire un peu en arrière du corps ciliaire, la pupille me parut éclairée du plus beau rouge. En approchant mon œil tout près de celui de la malade, je pus reconnaître la rétine décollée, derrière elle un liquide légèrement trouble où je vis de gros flocons fibrineux se mouvoir. Après cette constatation, je pus exclure l'existence d'une tumeur. Le 27 juin 1884, huit mois après la malade fut revue, le pouvoir visuel de l'œil s'était amélioré de lui-même, la rétine était complètement en contact dans tous les points de la choroïde.

L'éclairement de la sclérotique, pratiqué sur un œil atteint de sarcôme de la choroïde typique assez fortement coloré, présentant comme situation une grande analogie avec le cas décrit plus haut, ne donna rien ; tous les essais d'éclairement restèrent complètement négatifs.

Cette méthode n'est applicable que dans les cas où le décollement de la rétine a son siège du côté de la portion nasale du globe oculaire et même de ce côté-ci de l'équateur. — L'auteur recommande instamment sa méthode dans les cas analogues : Tout œil se laisse bien éclairer par transparence, même quand il est fortement pigmenté, aussi bien celui d'un individu âgé que l'œil glaucomateux, mais il faut avoir soin de lui donner la position d'abduction la plus accentuée possible.

Citons aussi la *Thèse de doctorat* de M. Vaphoutte (Paris 1889).

PRONOSTIC

La marche du mélanosarcôme peut, dans certains cas, être très rapide, surtout quand il est constitué par de petites cellules ou par des cellules rondes, ou bien encore quand il est très riche en vaisseaux. Dans ces conditions, il s'accroît beaucoup plus vite que les sarcômes durs, confirmant ainsi cette règle générale de la pathologie des tumeurs que celles à structure molle, très riches en suc, ont un développement beaucoup plus rapide que celles à tissu dense et serré, sans liquide intercellulaire. On a voulu voir aussi un rapport étroit entre la malignité du sarcôme et la quantité de pigment qu'il contenait, et pour quelques-uns l'observation clinique a, de fait, confirmé cette remarque.

Kirmisson, dans son traité de pathologie externe, lui attribue une durée moyenne de deux à trois ans. Elle serait, d'après la statistique de Brière (*Th. de Paris*, 1873), portant sur un total de trente-deux observations, de quatre ans et demi à cinq ans depuis le début de l'affection jusqu'à l'opération. De Wecker et Landolt lui reconnaissent encore plus de lenteur dans sa marche et ils s'en expriment ainsi dans leur Traité complet d'ophtalmologie. « J'ai pu établir dans certains cas, que le début du sarcôme mélanique choroïdien remontait probablement à six ou huit ans lorsque le malade venait se soumettre à l'observation. Très souvent, ce sont seulement les phénomènes glaucomateux qui ont attiré l'attention sur la présence du néoplasme. »

Hirshberg eut l'occasion d'observer un cas où le malade refusa l'énucléation pendant huit ans, sans que, pendant ce temps, il y ait eu métastase du foie ni des autres organes. En 1889, le même auteur (in : *The journal of ophthalmol*, p. 290-293) publie un fait analogue : il s'agit d'une femme de 60 ans, atteinte de tumeur mélanique intraoculaire. L'énucléation ayant été refusée, on put suivre l'évolution progressive du néoplasme, jusqu'au moment où, six ans plus tard, éclata un glaucôme. Le sarcôme qui remplissait la moitié postérieure

du bulbe avait progressé plus rapidement au cours des deux ou trois dernières années. (*Ann. d'oc.* 1889, 2^e sem., p. 235.)

Nous-même, dans les observations ci-jointes, nous pouvons trouver facilement des sarcômes qui ont mis jusqu'à 4, 7, 8, 9, 10 et même 13 ans à se développer, à arriver à la période glaucomateuse. Ces faits ne sont pas tellement rares que Landsberg n'ait pu s'en expliquer ainsi : Ces tumeurs présentent souvent un arrêt dans leur développement progressif, ou du moins, une prolifération si lente que l'on peut espérer des extirpations complètes et des guérisons durables, même dans les cas de sarcôme rétrobulbaire ou d'origine métastatique. Il semble donc que dans certains cas, le mélanosarcôme de l'œil puisse devoir à certaines particularités de siège et de marche un pronostic moins grave qu'on ne l'a généralement prétendu.

Une autre question, beaucoup plus intéressante pour nous, sera d'examiner la durée de la guérison, depuis l'extirpation du néoplasme jusqu'à la mort des malades, ou jusqu'au moment de la publication des observations. Comme il nous est déjà arrivé de le faire, nous déplorons que dans beaucoup de cas, il nous soit impossible d'indiquer la marche ultérieure de l'affection et ce n'est pas aux observateurs que l'on doit imputer ce manque de résultats consécutifs, car rien n'est plus difficile que de suivre un malade pendant longtemps.

Brière a établi, dans sa statistique, que la récurrence la plus prompte a été d'un mois après l'opération, sur un jeune homme de 15 ans, puis celle de trois mois après l'opération. Celle qui a été la plus lente à se produire, est apparue trois ans après l'extirpation. D'après cette même statistique, la récurrence a été de 35,29 % dans les cas opérés à la troisième période, à la période de rupture, et de 17,91 % seulement pour ceux opérés à la première ou à la deuxième période. Mais, fait très important à noter, dans les $\frac{2}{3}$ des cas où la récurrence est signalée, il y avait une tumeur extraoculaire au moment de l'opération ; néanmoins, dit cet auteur, il ne faudrait pas trop s'empresse de conclure qu'une intervention prompte, à la première ou à la deuxième période, doive exclure forcément la possibilité d'une récurrence.

Il suffit, du reste, de consulter les auteurs qui ont écrit sur la matière pour envisager comme très sombre l'avenir réservé aux malades atteints de cette affection. Leur opinion est presque una-

nime à constater l'épouvantable gravité du mélando-sarcôme, Virchow en tête; leur nombre est si considérable qu'on ne pourrait les citer tous, aussi nous nous restreignons à un petit nombre d'entre eux.

C'est d'abord Brière, dans sa thèse inaugurale (1), qui s'exprime ainsi: « En résumé, le sarcôme de la choroïde est une des affections les plus graves que l'on puisse observer, et, en présence d'un cas bien constaté, on doit porter un pronostic très fâcheux, surtout si le malade est jeune, ce qui est une présomption pour qu'on ait affaire à une forme molle et si la tumeur se montre à l'ophtalmoscope très riche en pigment. Dans tous les cas, même ceux où on opère de bonne heure on devra faire de grandes réserves quant au pronostic. »

Tous les autres qui ont écrit sur la matière, sont du même avis; bien plus, quelques-uns d'entre eux et des plus grands maîtres, sentaient d'une telle façon la gravité des sarcômes mélaniques, qu'en face de ces maladies, ils éprouvaient une émotion qui paraissait aller jusqu'à l'effroi. Velpeau déclarait que le pire des cancers était le cancer mélané. — « Il suffit, dit Nélaton, en parlant d'un néoplasme intra-oculaire, de nommer la tumeur pour faire comprendre, d'un seul mot, son affreuse gravité: c'est une tumeur mélanique; or, les cancers mélaniques sont peut-être de toutes les productions hétéromorphes, celles qui ont la tendance la plus opiniâtre à la récurrence, celles qui tendent le plus à déterminer une infection générale, caractérisée par des tumeurs dans tous les points de l'économie. » Sous le nom de cancer mélanique, ces auteurs confondaient ce que l'on a décrit depuis sous le nom de mélando-sarcôme et de carcinôme mélanique, ce dernier bien moins fréquent que le sarcôme. — Dupuytren conseillait de n'y pas toucher tant il croyait peu au succès. — De Groëfe(2) se prononce aussi énergiquement. D'autres ophtalmologistes se sont aussi beaucoup étendus sur sa terminaison toujours fatale à la suite d'infection générale prompte et de cachectisation rapide. — Pour MM. Cornil et Trasbot (3), le pronostic est également fatal: ainsi sur 46 opérés, 11 sont morts avant la récurrence, 21 ont eu une

(1) *Th. de Paris* 1873. p. 233.

(2) *Archiv. f. ophthalm* 1864, B X. Abth 1, p. 176.

(3) *De la mélanose*. — *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris 1868, t. XXVIII.

récidive sur place, 14 une généralisation dans les organes profonds.

Le pronostic est d'une affreuse gravité, dit Kirmisson (*Tr. de path. ext.* p. 290, t. II), puisque ces tumeurs compromettent non seulement la vision, mais la vie de l'individu. Ce qui en augmente encore la gravité, c'est qu'en dépit de l'opération, on voit trop souvent survenir la récidive et la généralisation.

Fuchs n'est pas moins explicite : « Il ne peut persister aucun doute que le mélando-sarcôme de la choroïde dépasse en malignité toutes les autres néoplasies. »

Le pronostic du sarcôme de la choroïde, écrivent Landolt et de Wecker (*Tr. complet d'ophthalm.* Nouvelle édition), est toujours fort sérieux, il dépend pourtant essentiellement de la nature histologique de la tumeur et de la période à laquelle on observe le malade. Livré à lui-même, le mélando-sarcôme entraîne toujours la mort. Actuellement qu'il m'est donné de suivre longtemps mes malades, je dois avouer, à mon grand regret, qu'il y en a peu dont je n'apprenne la mort après un, deux, ou trois ans par métastase ».

Ces auteurs estiment que les récidives sur place sont à craindre surtout dans les six premiers mois ; mais elles sont toutefois rares quand l'opération a été faite avant la période glaucomateuse, puisque Fuchs, sur 235 cas opérés dans ces conditions, n'a vu que 31 récidives se produire, soit une proportion de 13 pour 100. Malheureusement, les métastases peuvent quand même se faire, surtout dans les deux premières années qui suivent l'opération, et dans cette même statistique, elles figurent dans la proportion de 18 à 20 pour 100.

Aux appréciations précédentes, que nous aurions pu multiplier à l'infini, relatant la malignité extrême du mélando-sarcôme intra-oculaire il est consolant d'avoir à opposer quelques avis moins pessimistes. La littérature ophthalmologique nous en offre quelques-uns : de ce nombre, dit Rolland (*Recueil d'ophthal.* 1890, p. 26), sont Warren, Lawrence, Pruscha, Simon, Malgaigne, Pamard, Ammon, Sichel, Demarquay et même Virchow, admettant la possibilité d'une mélanose de l'œil non cancéreuse et par suite d'un pronostic bénin.

Tout d'abord c'est Stœber (*De la nat. cancéreuse de la mélanose de l'œil.* Strasbourg 1854) qui crut pour un moment à la bénignité de la mélanose oculaire et qui, en raison de cela, s'abstenait de l'opérer ; il est vrai que plus tard il modifia son opinion : je ne ferais plus, dit-il, en 1853, ce que j'ai fait en 1830. Je ne resterais pas spectateur

d'une affection que je considère comme maligne, je pratiquerais sans hésiter l'extirpation du globe.

En 1839, Warren (*Surgical observation on tumors* 1839, p. 518) est un des premiers qui, s'appuyant sur une observation qu'il cite, se prononce de la façon suivante: « La mélanose est une affection rare de l'œil. Il y en a de deux espèces, l'une maligne, l'autre qui ne l'est pas. Cette dernière, que j'ai vue, est représentée par une tumeur noire, siégeant sur une portion de la coque de l'œil, généralement dans la sclérotique, près de la cornée.

Pamard, en 1852 (*Revue méd. chir. déc.* 1852), vivement frappé de la bénignité de certaines tumeurs mélaniques se demande s'il faut toujours classer la mélanose dans les affections cancéreuses, ces dernières étant caractérisées par une tendance constante à la reproduction et par une terminaison fatalement néfaste. A cela Malgaigne répond qu'il y a seulement lieu de rechercher s'il n'y aurait pas deux espèces de tumeurs mélaniques, l'une toute locale et non sujette à récidive, l'autre qui récidive et qui semble n'être que la manifestation d'une diathèse générale.

Déjà, du reste, en 1844, Ammon (*Gaz. des hôp.* 1844, n° 131) concluait par ces mots: il serait dès lors d'une grande importance dans le diagnostic de distinguer deux espèces de mélanoses de l'œil fort différentes par leur siège: celle de l'orbite qui est incurable et celle du bulbe qui est curable.

En 1851, Lebert (*Du cancer de l'œil. Traité des mal. cancéreuses.* Paris 1851) s'appuyant sur tous ces faits admet la possibilité d'une tumeur mélanique bénigne et tout en reconnaissant la fréquence plus grande de la mélanose cancéreuse dans l'organe de la vision, il dit: nous ne pouvons nier l'existence d'une mélanose non cancéreuse dans l'œil et dans son voisinage.

Mais ce n'est qu'en 1852 que Sichel (*Iconog. ophthalm.* texte 1852-1853) accorde à cette notion de bénignité une mention sérieuse: « Beaucoup de médecins, dit-il, regardent la mélanose comme étant toujours un véritable cancer mélanique, c'est à-dire comme une forme particulière de cancer caractérisée par sa couleur noirâtre. Je ne puis souscrire à cette opinion. Pour moi, la mélanose n'est autre chose qu'une sécrétion anormale plus ou moins abondante d'une matière colorante qui, dans l'œil, est le pigment choroidien. Celle-ci n'agit sur les tissus et sur leurs fonctions que

par la compression qu'elle exerce. On ne peut redouter d'autres dangers de la mélanose simple qui n'envahit pas les tissus comme le font le cancer et la mélanose cancéreuse. » Il ne l'a jamais rencontrée qu'à l'état de mélanose simple sur la sclérotique.

Demarquay, en 1860 (*Tr. des tum. de l'orbite*. Paris, 1860), se range à l'opinion de Sichel: Velpeau et Nélaton, écrit-il, veulent que la mélanose soit fatalement récidivante et mortelle; d'autres, à l'exemple de Sichel, lui attribuent une grande bénignité. De nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point. Pour nous, nous croyons que la mélanose non cancéreuse existe chez l'homme, mais qu'elle est rare.

En 1869, Virchow (*Patholog. des tum.* 1869, t. II p. 116) donne à Sichel l'appui de son autorité et il en justifie l'opinion en se fondant surtout sur ce que l'on observe sur certains mélanômes de la conjonctive et de la sclérotique, surtout au bord de la cornée. Voici ce qu'il en dit: Ces tumeurs peuvent assez souvent être sarcomateuses, mais le nombre des opérations suivies de guérison n'en est pas moins relativement considérable.

Bimsenstein (*Thèse de doctorat*. Paris 1879) s'exprime à propos de la bénignité du mélano-sarcôme de l'œil, dans les termes suivants :

Il est un point parfaitement établi aujourd'hui, c'est que le sarcôme comporte un pronostic variable suivant les cas. Un sarcôme est d'autant plus grave, disent Cornil et Ranvier, que son organisation est moins élevée; en d'autres termes, les sarcômes uniquement formés de tissu embryonnaire, sont bien plus graves que ceux où ces mêmes éléments ont de la tendance à s'organiser en tissu conjonctif; des sarcômes fuso-cellulaires seront, par exemple, d'une bénignité relative. Mais il s'agit ici du mélano-sarcôme auquel on attribue généralement un caractère malin. Le fait est notable. Le pigment entre-t-il donc pour une bonne part dans le pronostic néfaste de cette tumeur? De nombreuses opinions émises sur l'origine et le mode de formation de la granulation pigmentaire ne sauraient être invoqués ici pour la discussion de ce point difficile. Depuis les travaux de Breschet (1821), Trousseau et Leblanc (1828), de Lobstein (1829), on n'a plus considéré les mélanoses que comme une sorte d'imprégnation des tissus sains ou morbides par un

matière colorante. Celle-ci a été regardée par les uns comme l'analogue de celle du corps muqueux et de la choroïde, par les autres comme la matière colorante du sang ayant éprouvé une certaine altération. On a décrit, en somme, deux sortes de mélanoses, la mélaïnique et l'hématique.

Cette dernière opinion, précieuse pour nous, en ce qu'elle ne présagerait en rien sur la nature de la tumeur, a été défendue par Rokitsansky, Kôliker, Virchow, Breschet et autres, qui admettent que tout pigment provient des globules rouges du sang et que dans les cellules normales ou dans celles des tumeurs, des hématies pénètrent ces éléments et s'y transforment ultérieurement en pigment noir. Dans certains cas, elle trouverait peut-être son appui dans la richesse vasculaire que possèdent ces tumeurs. Il s'y produirait, dès lors, des épanchements sanguins et le pigment noir ne serait que le dernier terme des modifications qu'éprouve leur résorption. Ce serait en fin de compte un sarcôme auquel le sang donnerait simplement sa coloration.

Mais souvent le cas est plus complexe, il est indéniable, en effet, que cette richesse vasculaire ait fait défaut dans maintes circonstances. Aussi, a-t-on été obligé d'invoquer d'autres influences.

L'œil est un des organes qui, normalement, est le plus pigmenté; de plus, pour la fréquence des tumeurs mélaniques, il arrive en premier lieu. Il paraîtrait donc assez logique d'expliquer la coloration noirâtre par une hypergénèse de ses éléments pigmentaires. Mais cette explication présente encore des desiderata et tous ces faits ne peuvent fournir une explication suffisante.

Tout ce qu'on peut avancer, c'est qu'il existe dans l'histoire des mélano-sarcômes une forme clinique bénigne. Y a-t-il à cela une raison anatomique à donner? C'est ce qu'il nous est impossible de faire. En tous cas, une conclusion bien certaine à tirer de l'étude de notre sujet, c'est que la présence de la granulation pigmentaire dans une tumeur sarcomateuse n'infère pas toujours une idée de malignité ainsi que le fait a été jusqu'ici généralement établi. En d'autres termes, le mélano-sarcôme, apparaissant dans les circonstances que nous avons décrites comporte, quoique à des degrés variables, un pronostic bénin. Le même fait, du reste, se produit chez les chevaux où, au dire des médecins vétérinaires, la mélanose oculaire est très fréquemment bénigne.

La lecture de nos observations montre sur quelles notions repose ce pronostic. Il n'y a pas de douleurs, de généralisation, mais, au contraire, la guérison à la condition d'une extirpation radicale. Il ne nous reste plus qu'à étudier la durée de l'évolution pour asseoir définitivement notre conclusion sur une base solide. »

Telles sont en résumé les conclusions de cet auteur sur « le mélanosarcôme extra-oculaire, naissant soit de la sclérotique ou de la cornée, ou mieux à la jonction de ces membranes, soit encore de la conjonctive ou du tissu cellulaire sous-conjonctival, et dont la marche lente, l'absence de douleurs et de généralisation, et la guérison par un traitement approprié, forment les bases d'un pronostic qui, quoiqu'à des degrés divers, n'en est pas moins souvent favorable. »

De cette bénignité reconnue, ne semble-t-il pas que l'on puisse inférer, pour certains cas seulement, celle du sarcôme mélanique intra-oculaire ? Cette idée n'est pas si inconcevable qu'elle le paraît au premier abord : Virchow n'a-t-il pas formulé cette loi générale que les tumeurs malignes sont d'abord des affections locales et qu'elles ne récidivent pas si on les enlève au début ?

Galezowski a écrit sur le pronostic des tumeurs mélaniques dans les termes suivants : (Galezowski. — *Congrès français de chirurgie*, troisième session 1888, p. 283). En extirpant la tumeur, juste au point d'implantation, on aura toutes les chances d'enlever le mal dans toute son étendue ou au moins dans ses points d'implantation et de prévenir ainsi les récidives. Aujourd'hui on guérit les yeux quand la tumeur est encore limitée et circonscrite ; mais nous nous attendons à des récidives qui nous obligent à des interventions répétées, aboutissant fatalement à la guérison.

Du reste, on peut trouver des observations de mélanose oculaire qui se soient terminées d'une façon favorable. Stœber (*Mélanose de l'œil*. Strasbourg 1854, p. 19) publie deux cas de guérison : l'un dans lequel le malade a vécu dix ans après l'extirpation de son œil (obs. II) et est mort d'une autre maladie sans aucun rapport avec la mélanose, l'autre où le malade opéré jouit, cinq ans après encore, d'une bonne santé. Pamard (Pamard, d'Avignon. — *Ann. d'ocul.*, t. XXXIX, p. 25, 1853) a publié trois cas de guérison de tumeurs mélanotiques, les malades ayant été revus 5, 6 et même 22 ans après l'ablation de la tumeur. Sichel, cite le fait d'une femme de noirceur

qui aurait guéri sous l'influence d'une médication énergiquement révulsive, lequel se serait terminé par l'atrophie du globe. D'autres auteurs, Demme, E. Berthold (*Arch. f. ophthalm.*, Bd XVII, abth. I, p. 185, 1871), citent aussi des cas de terminaison de tumeurs mélaniques et de sarcôme par atrophie, mais il n'y faut compter que d'une façon exceptionnelle. Brière (*Th. de Paris* 1873, p. 230) parle de deux cas de mélanose de la choroïde rapportés par le professeur Wéber et dont la guérison se maintenait 15 et 20 ans après l'opération. Sa statistique mentionne des guérisons de 2, 5 et 6 ans. — Nous ne voulons pas inférer que ces cas de mélanose, que nous ne citons pas tous, soient des mélano-sarcômes; néanmoins, en raison de la grande fréquence de ceux-ci, il est probable que la plus grande partie n'était pas autre chose.

Quant au mélano-sarcôme proprement dit, plusieurs chirurgiens ou ophthalmologistes ont été amenés à lui reconnaître un certain nombre de fois un pronostic moins terrible qu'ils auraient pu s'y attendre. Brière (*Th. de Paris*, 1873, p. 230) dit : « On cite pourtant des cas dans lesquels vingt ans après l'énucléation d'un œil sarcomateux, le sujet était encore bien portant (Knapp). — Dans un cas de Dor opéré à la période glaucomateuse, pas de récurrence neuf ans après. »

Hasket Derby (*Boston méd. and surg. Journ.*, n° 6 et *Union méd.*, 1872, t. I, p. 307) a opéré un mélano-sarcôme à développement lent : la marche de la tumeur et trois exemples d'opérations semblables sans récurrence après 9, 13 et 20 ans, lui permettent d'espérer un résultat aussi favorable.

Fuchs, dans sa statistique, sur 46 cas de mélano-sarcôme intraoculaire, note un cas de guérison sur cinq ; mais ce chiffre est un peu exagéré, car la plupart des malades n'ont pas été observés assez longtemps (Vanhoutte. — *Th. Paris*, 1889, p. 67).

A propos d'un cas publié par E. Berthold, (*Archiv. f. ophthalm.* 1871, B. XVII, abth., I, p. 185 et suivantes, l. c.). On lit dans les annales d'oculistique (1871, 2^e sem. p. 88) : Knapp décrit deux cas où il n'y avait pas encore de récurrence après 13 et 20 années. Forster n'a jamais rencontré de récurrence après l'extirpation d'yeux atteints de sarcôme de la choroïde, et le frère du même auteur, H. Berthold, a

constaté pour sa part huit cas de mélando-sarcôme extirpés sans récédive.

Hirschberg a observé 13 cas de sarcôme de la choroïde, dont 8 seulement furent suivis pendant *plus de 4 ans après l'opération*. Sur ces huit, cinq moururent par métastase (surtout au foie), une seule fois il y eut récédive locale suivie de mort, 6 ans après l'opération. Deux se trouvent bien, l'un 5 ans, l'autre presque 10 ans après l'opération. — Les autres cas sont en bon état, mais le temps écoulé depuis l'opération (12-24 mois) n'est pas suffisamment long pour permettre un jugement définitif (*Rev. gén. d'ophthalm.*, 1883, p. 29 et *Archiv. de Virchow*).

Ces faits ne sont malheureusement pas assez nombreux pour suffire à ébranler l'opinion presque universellement admise sur la gravité du mélando sarcôme de l'œil, mais ils sont de nature tout au moins à l'atténuer et à donner quelque lueur d'espérance aux malheureux individus qui en sont atteints.

Observation I

(HOEDDENS. — *Arch. fur Ophthalmologie*, IV^e partie, p. 314. Berlin, 1861.

Peter K..., âgé de 38 ans, se présente à mon observation au mois de mars 1858 ; il est affecté à l'œil droit d'une tumeur noirâtre qui empêche l'occlusion complète des paupières. Elle a la forme d'une framboise et elle est recouverte d'une membrane transparente. Cette tumeur a la grosseur de quatre pois environ et elle est d'une consistance pâteuse. Elle recouvre le tiers externe de la cornée et une surface égale de la partie voisine de la sclérotique. Sa base est solidement adhérente ; elle n'est pas douloureuse, mais sa surface a été le siège d'hémorrhagies fréquentes. C'est dans l'espace de trois ans qu'elle a atteint le volume qu'elle présente ; le reste de la cornée est intact et l'acuité visuelle est normale. L'iris, dont la coloration est d'un gris-bleu, présente à la partie qui est en regard de la tumeur des taches brun-jaune. L'extirpation du néoplasme a seulement amené une hémorrhagie abondante. La masse s'est détachée entièrement de la sclérotique et de la cornée, si bien que cette dernière est restée transparente. Il faut noter toutefois que la région du limbe cornéal, d'où la tumeur a été excisée, a conservé une coloration brun-jaune sur une longueur de 6 millimètres et sur une largeur de 1-2 millimètres.

Au bout de trois mois, la guérison s'est maintenue parfaitement, mais les

taches brunes de l'iris persistent encore. D'où provenait cette masse ? Était-ce du limbe cornéal du corps ciliaire ou de la périphérie de l'iris ? Deux années après, l'œil était resté tel à l'endroit en question.

L'examen microscopique de la tumeur a démontré sa nature mélano-sarcomateuse.

Observation II

Mélano-sarcôme de l'œil et de l'orbite.

(HULKE. — *Ophthalmic hosp. reports*, 1861, p. 279.)

Un homme de 50 ans, admis dans le Kings College hospital, service de Bowmann, dit qu'il y a vingt ans, l'œil droit a été atteint d'une inflammation aiguë, à la suite de laquelle la vue fut perdue. Depuis ce temps, plusieurs poussées inflammatoires. Récemment, ce moignon a augmenté et on a vu paraître comme deux grains de cassis au niveau de la cornée. Mouvements du globe limités. Pas de cachexie apparente. Extirpation. La tumeur avait envahi d'abord l'œil, puis l'orbite si loin en arrière qu'on ne put tout enlever. Guérison rapide.

Six mois après, mort. Tumeurs mélanotiques et encéphaloïdes du foie, très hypertrophié.

L'intérieur de l'œil était rempli par une masse sarcomateuse. Noyaux libres et grandes cellules fusiformes et sphériques, cellules multipolaires. Dans les portions noires seulement, ces éléments étaient chargés de pigment. La sclérotique est presque intacte, mais auprès du nerf optique elle était détruite. Au niveau de l'insertion du muscle droit interne, couches mélanotiques dans la sclérotique. On pourrait reconnaître une mince couche de choroïde. Pas de trace de la rétine. Le nerf optique était infiltré des cellules du néoplasme.

Observations III

Mélano-sarcôme à petites cellules de la choroïde des deux yeux.

(SCHIESS GEMUSEUS et VIRCHOW, t. XXXIII, p. 495, 1865.)

..., âgé de 59 ans, d'une constitution robuste, sentit, en août 1863, une douleur dans les yeux. Un mois après, conjonctivite catarrhale.

En mars 1864, l'œil gauche ressemble à une masse charnue ; cornée sale et

trouble, parsemée de points blanchâtres. Douleur vive dans l'œil et dans toute la tête. O. D.: trouble léger de la cornée avec points blancs, hyperhémie de la conjonctive. O. G.: vue abolie. Enucléation de cet œil en avril. En septembre suivant, l'autre œil perd également la vue et devient plus petit; l'état de la malade est tel qu'on s'attend à la voir mourir sous peu.

Examen de l'œil. Diamètre antéro-postérieur = 24 millimètres, vertical 25 millimètres (au niveau de la tumeur).

Une masse consistante remplit la cavité de l'œil. Elle a d'abord l'aspect du corps vitré enflammé; mais en examinant de plus près, on voit qu'il ne reste de celui-ci qu'une petite partie dans l'entonnoir formé par la rétine.

La structure de la tumeur montre qu'elle se compose, en partie de fibres fines qui s'entrecroisent, en partie de membranes superposées friables et transparentes, entre lesquelles se trouve une masse moléculaire facilement divisible, composée de cellules rondes sans contenu. La masse est adhérente à la choroïde, qui présente des changements considérables.

La sclérotique est épaissie comme elle, de sorte qu'il y a une protubérance aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du globe. Ces deux membranes présentent une diamètre de 6 millimètres.

La choroïde est friable, on n'arrive que difficilement à en détacher des parties membraneuses. L'épithélium pigmenté présente des masses rondes amorphes, graisseuses et brillantes. Sous l'épithélium on voit, dans un tissu réticulé, de petites cellules rondes et des noyaux de cellules se réunissant pour former de petites masses ou des agglomérations avec les cellules pigmentées du stroma. En avant, la sclérotique est plus atteinte que la choroïde. Celle-ci, à sa jonction avec les procès ciliaires, a encore 2 millimètres d'épaisseur. Dans les parties antérieures de la choroïde, on trouve beaucoup de petites cellules entremêlées de pigment et des fibres de tissu connectif. Ces cellules et ces fibres prédominent alternativement. Les capillaires de la choroïde paraissent avoir été étouffés par la prolifération des cellules non pigmentées du stroma.

Pendant longtemps l'observateur était indécis pour classer cette tumeur. L'examen de l'autre œil lui fit reconnaître définitivement un sarcome celluleux se rapprochant du fibrôme. La quantité de pigment dans les parties sarcomateuses n'est considérable nulle part et dépasse à peine celle d'une choroïde normale.

Une transsudation et une extravasation ont eu lieu de l'intérieur de la choroïde à sa surface et ont occasionné un décollement complet de la rétine et une destruction du corps vitré. Ils s'est fait également des extravasations dans le tissu de la choroïde, mais il y a eu en même temps une excitation qui conduisit à une prolifération des éléments cellulaires, qui, au lieu de former du pus, a donné lieu à un tissu ferme amenant un épaississement et la formation d'une tumeur.

Ce cas présente un intérêt tout particulier par le fait que dans les parties équatoriales, là où la choroïde est la plus épaisse, le processus a également atteint la sclérotique. Ce qui nous montre que le processus est partie de la choroïde, c'est le degré d'altération de la sclérotique juste au point voisin de la choroïde, tandis que son aspect se rapproche partout ailleurs de l'état normal. On n'a pas pu signaler de formation de tumeur dans les autres parties du corps.

En décembre 1864, Virchow reçut l'œil droit de la même malade et apprit en même temps sa mort.

La choroïde de cet œil a une épaisseur de 2-3 millimètres; elle est d'un gris-noir et présente plusieurs petites masses blanches consistantes. Un examen plus minutieux montre qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse dans laquelle on rencontre des éléments cellulaires mêlés à du pigment; ces trois parties constitutives, fibres, cellules, pigment se comportent différemment, suivant les endroits. Toute la tumeur est recouverte à l'intérieur par une lamelle vitrée et un épithélium pigmenté dont les cellules ont perdu l'aspect polygonal et forment une couche irrégulière.

En quelques points les cellules sont en dégénérescence.

Malgré l'épaisseur considérable de la tumeur, il est facile de rechercher dans quelle couche de la choroïde elle a pris son point de départ. Le fait que partout où il se trouve des cellules plus grandes on rencontre une dégénérescence graisseuse, permet de supposer que dans la suite la tumeur ne se serait pas étendue davantage. Le pigment semble avoir son origine dans le pigment du stroma.

Observation IV

(J. -W. HULKE. — *Ophthalmic hosp. rep.*, t. IV, p. 81, 1866.)

Un monsieur, âgé de 50 ans, d'une constitution athlétique et d'une excellente santé, vint consulter Bowmann pour son œil droit; 16 août 1857: veines épisclérales remarquablement dilatées, pupilles larges, légère perception quantitative de la lumière. L'examen ophtalmoscopique fit découvrir une tumeur vasculaire dans la partie inférieure et externe du fond de l'œil. L'organe fut excisé. En quelques jours l'opéré fut guéri et retourna chez lui. Il mourut trois ans après, 1860: tubercules dans le foie regardés comme cancéreux.

En regard des veines épisclérales variqueuses se trouvait une tumeur mélanique reconnue à l'ophtalmoscope.

La base s'étendait du foramen opticum à la région ciliaire. Rétine indépendante de la tumeur, simplement refoulée par elle.

La tumeur était strictement bornée à la choroïde.

Grandes cellules circulaires chargées de pigment brun abondant. Mince cellules ovales et fusiformes. Noyaux libres et granulés.

Observation V

(SICHEL. — *Gaz. méd. de Paris*, 1867, n° 27, p. 444.)

M^{lle} Augustine H..., domestique à Dammarie, âgée de 20 ans, se présente à notre clinique le 25 mai 1863. O. D., complètement atrophié, porte sur le côté externe des bosselures irrégulières multiples, il est très dur et présente tous les autres caractères d'une tumeur mélanique superposée à un œil atrophié. Cet organe est nul pour la vision depuis dix ans ; la malade, bien portante d'ailleurs, ne peut rien dire de plus ; l'œil grossissait toujours depuis quatre ans. Douleurs violentes dans le front, l'orbite et le côté droit de la tête jusqu'à l'occiput, augmentant d'une façon constante.

L'opération est pratiquée à la clinique le 28 mars 1863, par MM. Sichel, Anesthésie, par le chloroforme. La section des muscles droits internes, supérieur et inférieur, est pratiquée facilement. Mais la tumeur mélanique occupant la partie externe de la coque oculaire est fortement adhérente à la paroi orbitaire externe, de telle sorte que la section du muscle droit externe par une myotomie régulière est impossible ; il faut faire la dissection de la partie externe et des parties adjacentes avec un bistouri convexe, elle est faite avec grand soin, quoique difficilement à cause des adhérences aussi intimes qu'étendues. Pour pouvoir la terminer, il faut inciser la commissure externe et allonger l'incision de 1 millim. et demi vers la tempe. Finalement, le nerf optique est coupé aussi loin que possible en arrière, avec des ciseaux courbés sur le plat.

L'examen histologique, pratiqué par A. Sichel, fait conclure à un mélanosarcôme. Cicatrisation complète au bout de douze jours. Un petit bourgeon végétant, de bonne nature, fut excisé et ne se reproduit plus. Douleurs cessent complètement.

La guérison ne s'est pas démentie jusqu'à la fin de 1864, où nous avons revu la malade pour la dernière fois. Elle porte un œil artificiel qui masque parfaitement la difformité, sans produire de gêne, ce qui est étonnant. Léger rétrécissement cicatriciel de la fente palpebrale, cédant à la section des brides et à des cautérisations régulières au nitrate d'argent.

Observation VI

(DE WECKER. — *Maladies des yeux*, t. I, p. 549, 1867.)

M. S..., âgé de 42 ans, maçon, se présente, au commencement de juin 1866, avec une tumeur noirâtre de la grosseur d'une noisette, occupant la partie supérieure du globe de l'O. G. Le malade avait perdu cet œil plus de huit ans auparavant, à la suite d'une contusion violente ; à partir de cette époque, l'œil avait toujours été plus petit et ce n'était que depuis deux mois et demi que la tumeur avait apparu. Comme cet œil était douloureux et causait une difformité choquante, il fut facile de décider le malade à l'opération.

Un an après, récurrence datant de deux mois déjà. La tumeur, examinée par M. Cornil, est un sarcome mélanique. Masse noire, solide, ayant la forme oculaire et présentant, conservées et visibles à l'œil nu, la coque fibreuse de la sclérotique et la cornée : à l'examen microscopique, ces tissus fibreux étaient conservés dans leur plus grande étendue et seulement envahis à leur partie interne par le tissu de nouvelle formation. Ce dernier consistait en éléments fibro-plastiques et embryoplastiques, en cellules fusiformes et en noyaux ovoïdes plus ou moins infiltrés de pigment noir et disposés les uns auprès des autres, en faisceaux séparés seulement par des vaisseaux, mais sans stroma de tissu conjonctif. Ce n'était pas un carcinome, mais simplement un sarcôme à cellules rondes, ovalaires et fusiformes. On doit penser que la tumeur développée d'abord dans l'œil donnait naissance à des bourgeons externes ; mais il n'y avait pas eu destruction de l'enveloppe fibreuse, ni perforation de l'œil. Ainsi un bourgeon extérieur naît de la sclérotique sous-conjonctivale, mais il est séparé de la masse mélanique intérieure par le tissu à peu de chose près normal de la sclérotique

Observation VII

*Mélano-sarcome du corps ciliaire et de la choroïde.
Perforation de la sclérotique au niveau de la région ciliaire.
Guérison par l'enucléation.*

(KNAPP. — *Die intraocularen Geschwülste*, p. 95, 1868.)

Femme de 62 ans, ayant perdu subitement la vue à l'œil gauche depuis dix semaines, sans douleurs. Elle pouvait compter les doigts à deux pas. Léger trouble du cristallin, avec l'ophthalmoscope, on voit en bas et du côté

externe, une masse occupant un quart du champ ophtalmoscopique. Fond de l'œil méconnaissable dans ses détails. Diagnostic : Décollement rétinien. Trois mois après, douleurs depuis quatre semaines, d'abord dans O. G., puis O. D., chambre antérieure diminuée, pupille assez dilatée et paresseuse ($T = + 2$). Cornée transparente, cristallin id. Au moyen de la lumière focale, on voit une masse à la partie inférieure et externe de la région ciliaire. Diagnostic : Sarcôme mélanique et décollement consécutif. Enucléation, guérison dix jours après, trois ans après, pas de récurrence.

Dimensions du globe normales. L'iris et le cristallin sont accolés à la cornée. Le cristallin ne présente rien de particulier. La rétine est décollée en entonnoir. Pas de corps vitré. Tumeur de la grosseur d'une noisette, pédiculée. Sa coupe est noire à la superficie et pâle au centre. En face de la tumeur, on remarque trois petites boules situées sur la sclérotique. Cette membrane qui les sépare paraît normale.

Tissu sarcomateux homogène. Cellules fusiformes, rondes avec substance amorphe et vitreuse intermédiaire. Vaisseaux nombreux. La tumeur avait son siège dans les couches externes de la choroïde. Elle englobe tout le corps et les procès ciliaires. Au niveau des petites masses externes, on rencontre des cellules pigmentées dans l'épaisseur de la sclérotique. On voit, par le faible développement des éléments sarcomateux dans la sclérotique que cette membrane est peu favorable aux néoplasies de ce genre. Il est souvent difficile dans le cas de tumeur extérieure de montrer la voie de transmission. Les petites tumeurs ont la même constitution que la tumeur primaire.

Observation VIII

*Mélano-sarcôme de la choroïde, du corps ciliaire et de l'iris.
Enucléation de l'œil à la période glaucomateuse. — Mort neuf
mois après par métastase sur le foie.*

(KNAPP. — *Die intraocularen Geschwülste*, 1868, p. 87).

Homme de 65 ans, ayant la vue basse, toujours bien portant. Depuis un an et demi, il voit devant l'œil gauche un léger nuage qui augmenta peu à peu. Il y a six semaines, injection vive du globe et douleurs très fortes, surtout la nuit.

(Œil mobile, pas d'exophtalmie. Tension modérée, un peu augmentée depuis deux jours. Cornée normale, mais sensible cependant. Iris jaune, grisâtre et épaissi. Pupille mobile. L'iris est décollé à sa périphérie en dedans

et en bas par une tumeur de la grosseur d'un pois, gris noirâtre, hémisphérique.

Avec l'ophthalmoscope, on éclaire la partie supérieure du fond de l'œil, mais on n'y distingue plus rien ; la partie inférieure est d'un gris noirâtre, à la lumière solaire on remarque derrière l'iris, à côté de la tumeur qui pénètre dans la chambre antérieure, une autre tumeur grosse comme une cerise, grise et jaunâtre.

Enucléation le 23 juillet 1867. Aspect extérieur normal, sauf trois taches de pigment, probablement le début d'autres mélanômes. La rétine est accolée au fond de l'œil et recouvre des tumeurs mélanotiques tachetées de blanc. Même dans les parties où la rétine recouvre le plus la tumeur, on ne remarque pas sur des coupes transversales d'union intime de cette membrane avec elle. Une coupe équatoriale à travers la tumeur montre que celle-ci est partie de la choroïde, des deux côtés normale, puis s'étendant subitement dans la tumeur.

L'examen microscopique, très détaillé, me fit voir un tissu homogène. Cellules rondes, ovales, fusiformes, étoilées, les unes colorées, les autres pâles. Tissu interstitiel homogène, assez rare, et riche en vaisseaux. Par conséquent, un sarcome mélanotique bien caractérisé. Les cellules fusiformes forment la masse principale de la tumeur.

Le point de départ de la tumeur était dans la couche périphérique du stroma de la choroïde ; elle a gagné peu à peu le corps ciliaire et l'iris.

Le malade ne se remet jamais entièrement. Œdème des extrémités, six mois après, amélioration. Mais, deux mois après, cachexie et mort neuf mois après l'opération.

Les symptômes permirent d'affirmer l'existence de métastases sur le foie, le poumon et l'estomac. Pas de récurrence locale.

Observation IX

Sarcome mélanotique avec perforation de la sclérotique. — Récurrence après l'extirpation. — Mort par des métastases dans les organes internes. — Autopsie.

(KNAPP. — *Die intraocularen Geschwülste*, p. 118).

N..., âgé de 44 ans, se présente, pour la première fois, le 30 juillet 1865. Vue de l'œil gauche perdue depuis sept ans. Depuis quelques années, douleurs dans cet œil amaurotique. T = + 2. Injection de la conjonctive. Pupille

voilée, iris fauve. Diagnostic : Irido-choroïdite Glaucomateuse. Iridectomie, En mars 1867, exophthalmie. Œil mou au toucher, immobile. En dedans et en haut, tumeur qui paraît remplir l'orbite. Diagnostic : Sarcôme de la choroïde.

Probablement l'iridectomie a hâté le développement de la tumeur et a occasionné la perforation de la sclérotique.

La couleur de la tumeur lui fait supposer un caractère mélanotique. Guérison rapide. Sortie de l'hôpital neuf jours après. Sur une section antéro-postérieure faite immédiatement, on voit la sclérotique perforée en arrière et l'intérieur du globe rempli par une masse uniformément noire, granuleuse et molle, communiquant avec une tumeur extrabulbaire de la grosseur d'un œuf. Celle-ci avait le même aspect. La masse intraoculaire était composée de tissu sarcomateux mélanotique. Cellules fusiformes. Pas de tissu gliomateux. En résumé mélano-sarcômémédullaire, avec prédominance de cellules rondes. Trois mois après, récurrence locale qui remplit tout l'orbite. Extirpation. Guérison rapide. Deux mois après, amaigrissement, fièvre. Hypertrophie du foie, douleurs épigastriques, ascite, œdème des jambes, dyspnée.

Mort le 7 janvier 1868. Dans les poumons nombreuses tumeurs cancéreuses. Foie trois fois plus gros qu'à l'état normal. Surface bosselée. La plus grosse de ces tumeurs avait le volume d'une tête d'enfant. Orbite perforé en arrière. La masse avait détruit en grande partie le chiasma des nerfs optiques.

Le tissu du foie était sclérosé et dissocié par les masses sarcomateuses infiltrées.

Observation X

(DEMARQUAY et CAUDELLI. — *Ann. d'oculist.*, t. LX, p. 126-186).

B..., âgé de 15 ans, pâle et lymphatique, offre à l'O. D, un staphylôme de la sclérotique, S = O Reflet grisâtre dans le fond de l'œil. Début, 4 mai. Photophobie et asthénopie accommodative. Douleur vive à laquelle succède la perte subite de la vue. Enucléation. Tout l'espace occupé par le corps vitré est rempli par une masse d'un gris jaunâtre, dont le siège d'évolution est la choroïde divisée en deux loges, d'où s'écoule un liquide citrin. Cellules fusiformes. Stroma d'apparence fibreuse. Nombreux granules de pigment à la périphérie. Le malade quitte l'hôpital sous le coup d'une affection générale d'une gravité très sérieuse.

Observation XI

Glio-sarcôme mélanotique avec deux perforations de la sclérotique. — Mort par métastase dans le foie.

(KNAPP. — *Die intraoc. Geschw*, p. 410, 1868).

C. H. . . , 63 ans, se présente le 15 mai 1867, se plaignant d'une diminution de la vue de l'œil gauche ayant débuté il y a trois ans. Plus tard l'œil devint rouge et douloureux.

Etat actuel : Une tumeur rouge, bosselée, est saillante entre les paupières écartées, etc.

Diagnostic : Sarcôme mélanotique de la choroïde ayant perforé la sclérotique du côté interne et s'étant étendu aussi bien en arrière qu'en avant, l'orbite en paraissant rempli. Extirpation le 27 mai 1867.

La tumeur a le volume d'un œuf de poule et présente des tubérosités. La sclérotique ratatinée offre des masses noirâtres. L'intérieur de l'œil est rempli par une substance résistante, de couleur grisâtre. La masse noire montre, sous le microscope, en certains points, des traces de la choroïde, des cellules fusiformes et étoilées. Tous ces tissus étaient friables. La masse qui remplissait la partie centrale du globe fut reconnue pour un gliôme. Ses éléments ressemblaient aux granulations de la rétine ; celle-ci et le corps vitré n'existaient plus.

En résumé on pourrait croire, quant à la structure, que certaines parties de la tumeur sont du carcinôme, mais celles-ci sont peu étendues.

Ce qui prouve que l'on n'avait pas affaire à un carcinôme, c'est le manque du caractère épithélial des cellules et la présence de substance intermédiaire qui les séparait plus ou moins.

Jetons un regard sur la structure anatomique des Néoplasmes et nous verrons que nous avons affaire à un gliôme et à un sarcôme mélanique à cellules rondes. Le premier part de la rétine, c'est le gliôme, le second de la choroïde, c'est le sarcôme.

La plus grande partie était gliomateuse, mais cela ne veut pas dire que le gliôme était l'élément le plus ancien, il a pu se développer en même temps, même après le sarcôme, mais sa croissance a été plus rapide. Cette hypothèse est très-probable à cause de la grande richesse du gliôme en petites cellules, car les formes médullaires se développent plus rapidement que les tumeurs dures.

Le malade guérit facilement de son opération. Il y eut récurrence locale et dans le bas ventre.

Observation XII

KNAPP, 1868. — *Brière. Thèse de Paris*, 1873, p. 128).

Homme de 73 ans, présentant un sarcôme de la choroïde et du corps ciliaire avec passage à travers la sclérotique. Quand cet individu est venu consulter, il y avait déjà cinq mois que la maladie avait débuté. La tension oculaire était normale et il y avait déjà à l'extérieur une tumeur extra-oculaire s'étant frayé passage à travers la sclérotique.

Mort six mois après l'opération, on ne sait pas de quoi, mais très probablement de métastase.

L'examen histologique montre que cette tumeur est un mélano-sarcôme. A la base, les éléments hyperplastiques de la région mère passent immédiatement dans le néoplasme. Dans l'intérieur de la tumeur, il y a augmentation des éléments propres par une formation cellulaire endogène. A la périphérie, formation d'une couche de cellules granuleuses et d'éléments conjonctifs comme dans le tissu germinatif de l'embryon.

Observation XIII

Un cas de mélano-sarcôme de l'iris.

(Par le Docteur HIRSCHBERG, p. 283-289. — *Annal. d'ocul.* 1869, p. 36).

Le 21 mai 1868, se présente à la clinique du professeur V. Græfe, un paysan T. J..., âgé de 38 ans, atteint à l'œil droit d'une tumeur développée sans douleur, mais d'une croissance rapide pendant les dernières semaines.

Cette tumeur remplit en grande partie la chambre antérieure, est d'une couleur brune foncée et sa surface d'un reflet bleuâtre est unie. La pupille est réduite, sous forme d'une demi-lune, à un très petit segment. L'œil a son acuité visuelle presque normale (un peu au dessus de $\frac{2}{3}$). La partie supérieure encore visible de l'iris est normale. Le diagnostic porté fut mélano-sarcôme de l'iris. L'extirpation de l'œil fut conseillée à cause de l'augmentation rapide des derniers temps, qui en tout cas cacherait bientôt la pupille et surtout parce que l'expérience a prouvé que le sarcôme de la tunique vasculaire donne lieu dans les dix-huit mois à des sarcômes du foie. (V. Græfe dans ses Archives XIV, 2, p. 107).

Après l'enucléation, la guérison fut rapide et le 1^{er} novembre le malade s'est présenté de nouveau dans un état normal. L'avenir doit décider du reste.

L'examen microscopique de l'œil extirpé montre un sarcôme à cellules fusiformes pigmentées, il mesurait huit millimètres de haut sur quatre de large.

Observation XIV

Mélano-sarcôme parvi cellulaire de la choroïde partiellement fuso-cellulaire.

(Alfred GROEFE. — *Des tumeurs intraoculaires*, ann. d'ocul., 1870, p. 153.)

Un homme de 49 ans se présenta à la clinique avec un scotôme central. L'examen ophtalmoscopique fit constater une infiltration de la rétine à la partie interne du nerf optique. L'infiltration était régulièrement circulaire. Les vaisseaux rétinien, même les plus petits, restaient apparents. Le diagnostic était difficile, Les caractères de l'affection appartenaient aussi bien à un cysticerque qu'à un néoplasme sous-rétinien. Huit mois après, le malade se représentait avec un glaucôme inflammatoire suraigu. L'énucléation de l'œil fut faite aussitôt, et l'examen microscopique permit de constater l'existence d'un mélano-sarcôme parvi-cellulaire de la choroïde, présentant dans certaines de ses parties un caractère fuso-cellulaire. Cinq ans après, le malade restait parfaitement guéri, sans trace de récidive.

Observation XV

Sarcôme mélanique du corps ciliaire, faisant saillie dans la chambre antérieure.

(SOELBERG WELL'S. — *Ann. d'ocul.*, 1870, p. 127.)

M^{me} R..., âgée de 39 ans, se présente à l'hôpital de Moorfield le 12 mars 1869. C'est une brune robuste, d'une bonne santé jusqu'en 1865, où elle eut un typhus fever. Un an plus tard, elle remarquait dans son œil droit une petite tache foncée, grosse comme tête d'épingle, à la face antérieure et au côté de l'iris. La vue, excellente jusque-là, commence à faiblir peu à peu. Cet œil n'avait été le siège d'aucune douleur, quand il y a environ six semaines, elle éprouva de vives souffrances, qu'elle compare à un violent mal de tête. Le mal persista deux à trois jours. A son entrée à l'hôpital, T. est un peu augmentée, champ visuel intact. Pas d'injection générale du globe, mais on voit de grosses veines vers la région équatoriale. Cornée est claire. Au côté interne de la chambre antérieure, excroissance d'un brun foncé en contact

avec la cornée. L'iris de l'œil malade est plus foncé que celui de l'autre œil ; au côté externe petites taches linéaires d'un brun foncé ; son tiers interne est propulsé en avant et occupé par une tumeur arrondie d'un brun foncé, dont la majeure partie est cachée derrière l'iris et empiète sur le champ de la pupille au moins la moitié interne. Cette tumeur peut avoir le volume d'un pois. Cristallin refoulé un peu en arrière, trouble, marqué de stries. Fond de l'œil indistinct.

Aucun doute possible sur la nature de la maladie, ni sur l'opportunité de l'extirpation du globe ; on fait comprendre à la malade la nécessité de faire le sacrifice de cet œil que M. Wells enlève le 16 mars 1869.

Examen de la tumeur par M. Bervater Vernon : elle s'attachait au corps ciliaire, sans intéresser la choroïde, ni même l'iris, lequel était simplement propulsé et tendu par l'excroissance. Pigmentation très abondante, gênant l'examen microscopique. Cellules fusiformes du sarcôme.

La malade a été revue en décembre 1869 ; il ne s'était encore montré aucune trace de récurrence locale, ni aucun signe de formation de tumeurs métastatiques.

Observation XVI

Sarcôme de l'iris enlevé avec succès.

(LITTLE. — *Ophth. Soc. G. B. and Ireland et Rev. gén. d'ophth.*, 1883, p. 364.)

Femme âgée de 20 ans, qui, après avoir baissé la tête, était, seize mois avant la consultation, devenue subitement aveugle et dont la cécité avait duré huit jours. Après avoir recouvré la vue, elle remarqua pour la première fois une tache brunâtre de la grosseur d'un petit pois, recouverte de vaisseaux et de taches rouges et situé sur le segment inféro-externe de l'iris. V = 6/6. Trois semaines après, l'extirpation fut faite avec une iridectomie. Deux ans après l'opération pas de récurrence, vision toujours normale.

Examen microscopique de la tumeur par le Dr Dreschfeld montre un sarcôme pigmenté à cellules arrondies.

Observation XVII

Sarcôme mélanique fuso-cellulaire de la région ciliaire

Alf. GROEFE. — *Ann. d'ocul.*, t. LXIII, p. 127).

Femme de 45 ans. Tumeur de la région ciliaire, brune et arrondie, située derrière le cristallin et s'étendant dans le champ pupillaire. Pas de luxation

du cristallin. L'énucléation de l'œil fut proposée et acceptée. Les caractères de la tumeur étaient ceux d'un sarcome mélanique fuso-cellulaire et le néoplasme avait son siège dans la région ciliaire.

Deux ans et demi après l'opération, la malade était morte ; d'après une lettre de son médecin traitant, une récurrence s'était produite dans les organes internes (estomac ou foie) ainsi que dans la peau et le tissu cellulaire sous-jacent. Le médecin de la malade ne signale point de récurrence locale.

Ces deux cas, ajoute Alf. Græfe, montrent la difficulté du pronostic dans les cas de sarcome, principalement si l'on veut prendre pour guides les caractères anatomiques. Dans le premier des cas (observation XIV) l'examen histologique de la tumeur devait faire conclure à un sarcome malin, et cependant cinq ans après aucune récurrence n'était encore survenue. Dans le deuxième cas, la tumeur, par ses caractères fibro-plastiques avait plutôt une apparence bénigne, et cependant deux ans après, le néoplasme s'était généralisé.

Observation XVIII

(Otto Becker. — *Zur diagnose intra-oculare sarkoma* : *Archiv. für Augen und ohrnheilkunde*. Carlsruhe, 1870. p. 215-229).

La malade était une femme de 40 ans, bien constituée. Milieux réfringents transparents, dans la région de la macula du côté gauche, place blanche, arrondie, environ quatre fois aussi grande que la pupille, ne présentant pas de bords tranchés, parcourue par des vaisseaux dilatés et tellement proéminents que l'on pouvait voir facilement le sommet de l'élevure à l'aide d'un verre convexe numéro 10, tandis que le restant du fond de l'œil était vu facilement sans correction par un œil emmétrope. Les vaisseaux présentaient exactement les dispositions qu'on voit sur les injections de la rétine.

Ainsi, dans cet endroit, où à l'état normal il n'y a pas de vaisseaux, on remarquait un système vasculaire très bien développé. Mais, comme on ne voyait derrière la rétine ni les contours d'une vésicule, ni aucun mouvement, ni aucun signe réel d'accroissement, on écarta la pensée d'un cysticerque et on réserva le diagnostic; scotôme central qui correspondait exactement à l'image ophtalmoscopique ; vision excentrique presque aussi bonne que celle de l'autre œil.

Deux ans plus tard, j'assistais, dit Becker, le professeur Arlt pour une énucléation d'un œil à cause d'une tumeur de l'orbite en connexion avec celui-ci. Je reconnus ma malade que Arlt avait vue dans ces derniers temps seulement. On enleva le globe et la tumeur sans entamer celle-ci.

Bien que l'opération eût parfaitement réussi, la malade mourut sans récidive locale, mais l'autopsie montra de nombreux mélano-sarcômes dans presque tous les viscères et notamment dans le foie. L'examen microscopique montra un remarquable sarcôme à cellules fusiformes très grandes. La tumeur présentait, sur la coupe des parties très pigmentées d'un noir foncé et d'autres d'un jaune pâle. Dans ces derniers points il n'y avait presque pas de pigment. Dans le globe on trouva de nombreuses membranes dans le corps vitré. La rétine était partout adhérente à la choroïde, mais au niveau du nerf optique et de la macula, elle était poussée en avant par une bosselure aplatie.

La raison de cette protusion de la rétine réside dans une masse fortement pigmentée en noir qui forme dans le nerf optique deux petites bosselures isolées dans la région de la macula. Le sclérotique est traversée et se confond en arrière avec la tumeur qui est placée au côté externe du nerf optique. Il est remarquable que la tumeur qui prenait son point de départ à l'extérieur de l'œil, ait traversé la sclérotique en dehors, au point d'atteindre le volume d'un œuf de pigeon, tandis que dans l'espace de deux années elle n'avait acquis qu'un très faible développement vers l'intérieur de l'œil. On peut admettre qu'au premier examen il n'y avait pas trace de cette tumeur.

Observation XIX

Mélano-sarcôme du corps ciliaire. — Enucléation. — Récidive rapide. — Généralisation.

(VANHOUTTE. — *Th. de Paris*, 1889. Obs. inédite.)

Une sœur de l'enfant Jésus, âgée de 40 ans, vint consulter M. Dujardin, en 1885, pour un affaiblissement de l'œil droit : injection périkeratique très-limitée, à la région supéro-externe, avec taches noirâtres de la sclérotique.

A l'ophthalmoscope, tumeur noirâtre, arrondie, derrière le cristallin en dehors et en haut, probablement un mélano-sarcôme, ayant pour point de départ le corps ciliaire. Douleurs névralgiques fréquentes, sans excès de tension du globe.

A chaque visite suivante, on remarque l'accroissement de la tumeur, et les douleurs devenant intolérables, on conseille l'ablation du globe ; après avoir longtemps tergiversé, la malade finit par se résoudre à l'enucléation qui fut pratiquée par M. Dujardin en juillet 1886.

L'examen histologique a démontré l'existence d'un mélano-sarcôme, ayant débuté dans le corps ciliaire.

Bien être relatif après l'opération, pendant 4 à 5 semaines. Puis les douleurs reparaissent, et on constate un récidive du néoplasme ; la cavité orbitaire se

remplit de nodosités néoplasiques. Ganglions sous-maxillaires engorgés : tuméfaction intra-orbitaire derrière les paupières, qui sont fermées, et que la malade ne peut ouvrir.

Quand on écarte les paupières, surface mamelonnée avec des sillons, noire sur les mamelons, rouge dans les sillons. La malade souffre beaucoup dans l'orbite, et les douleurs s'irradient vers le crâne, la face et le côté correspondant du cou. Elle demande l'opération sans espoir de guérison mais dans le seul but d'être soulagée.

L'opération est pratiquée à la fin de décembre 1886. Evidement de la cavité **orbitaire** : Deux pinces à forcipressure laissées en place pendant quelques minutes au fond de l'orbite suffisent à faire l'hémostase; pansement à l'iodoforme. Suture au crin de Florence. Réunion par première intention. La malade est très soulagée. Pendant quelques semaines elle retrouve le repos, recouvre l'appétit et commence à reprendre ses occupations.

Malheureusement, la récédive ne tarda pas à se manifester. La malade serait désireuse d'une nouvelle intervention, mais l'état général est trop mauvais pour qu'elle soit possible. L'affection s'est généralisée : douleurs lombaires violentes, prostration extrême, mort d'accident métastatiques.

Observation XX

Servante, âgée de 20 ans. L'O. D. est phtisique, aveugle. L'examen ophthalmoscopique n'en est pas possible par suite du trouble de la cornée. Cet œil se serait perdu dans le jeune âge ; alors et depuis, il y aurait eu de fortes douleurs de temps en temps. L'œil énucléé présente un état presque identique avec celui du précédent. La capsule du cristallin est très-épaisse ; entre elle et la lentille, réduite à un noyau, se trouve du carbonate de chaux.

Examen microscopique : Sarcôme mélanotique à cellules rondes.

Jusqu'ici pas de récédive (BERTHOLD. — *Ann. d'ocul.*, 2^e sem., p. 88).

Observation XXI

Sarcôme caverneux, pigmenté, de la choroïde

(B. SOCIN. — *Archiv. de Virchow*, 1871, B. LII, p. 555)

P. M..., 28 ans, ouvrière, a remarqué en 1869, devant son œil droit, un nuage qui a augmenté beaucoup dans les derniers temps. A travers la pupille

dilatée, on note quelque chose qui s'avance dans l'intérieur du globe jusqu'au cristallin. Cette tumeur était recouverte par la rétine. Plus tard, celle-ci se détacha dans toute la moitié inférieure de l'œil. La partie profonde était voilée, les veines dilatées et les artères tortueuses, les contours papillaires effacés.

Enucléation le 3 février ; le 3 mars, la malade sort guérie ; 6 mois après, santé bonne.

Tumeur assez dure, pigmentée, présentant un certain nombre de petites cavités qui sont les vides laissés par les vaisseaux ou dus à la résorption.

Elle sort immédiatement du stroma de la choroïde de façon que celui-ci se fonde rapidement dans la tumeur ; d'ailleurs au point de jonction, le tissu suprachoroïdien est bien conservé et l'on voit des cellules du stroma changées, il est vrai, mais encore reconnaissables. Là où la choroïde touche à la tumeur on ne voit que la lumière de vaisseaux assez rares, de sorte que la choroïde a l'aspect d'un tissu caverneux. La couche supérieure ou pigmentée de la choroïde recouvre la tumeur. De l'autre côté on trouve du tissu conjonctif, avec un grand nombre de cellules rondes, intimement uni à la rétine. La structure du néoplasme est, sauf les vacuoles et les vides de résorption, un sarcome à cellules fusiformes, pigmenté par places. Partout les cellules sont tassées. La tumeur, en avançant dans l'intérieur du globe, a dû occasionner une excitation considérable du tissu superficiel de la choroïde et de la couche externe de la rétine, ce qui explique la formation de la couche du tissu conjonctif signalée plus haut.

Observation XXII

Mélano-sarcome de la choroïde diagnostiqué à la première période, au moyen de l'ophthalmoscope. — Enucléation à la période glaucomateuse. — 21 mois après pas de récidive.

(BRIÈRE. — *Th. Paris*, 1873, p. 49)

R..., Tourneur, âgé de 57 ans, se présente, le 17 février 1872, à la clinique de M. le docteur Sichel, accusant un trouble très notable de l'œil gauche.

Antécédents : Interrogé sur le début des premiers symptômes, il nous donne les renseignements suivants :

Sa vue a été bonne jusqu'au mois d'avril 1871. A cette époque, il remarqua qu'il avait l'œil sombre (suivant son expression) du côté interne, en même temps que le champ visuel se rétrécissait de ce côté. Aucune douleur ne lui avait signalé le commencement de son affection ou n'était apparue depuis

qu'il s'en était aperçu. Il resta ainsi pendant trois mois sans demander l'avis de son médecin.

Du mois de juillet 1871 au mois de janvier 1872, il consulta plusieurs spécialistes en renom ; on constata un décollement de la rétine contre lequel on essaya d'agir. Mais les traitements prescrits furent très-mal suivis, et l'affection, au lieu de diminuer, ne fit qu'aller en augmentant.

De temps en temps, quand le malade prolongeait sa journée de travail, il éprouvait de légères douleurs dans les paupières ; mais ces douleurs étaient passagères, nullement lancinantes et parfaitement supportables. Elles paraissaient liées à de l'asthénopie accommodative en relation avec une hypermétropie ancienne et très forte.

Etat général satisfaisant. Aucune maladie grave antérieure. Rien ne peut faire supposer chez lui ou dans ses ascendants directs, l'existence d'un élément diathésique cancéreux ou autre.

Pendant le mois de janvier 1872, la vue de l'O. G. diminua sensiblement. Cet affaiblissement se produisit progressivement et sans poussées inflammatoires, sans douleurs ni dans le globe oculaire gauche ni autour de cet œil. Ce fut à cette époque, qu'alarmé de voir la vue de l'O. G. diminuer de jour en jour, il vint demander l'avis de M. le docteur Sichel.

Etat actuel. — Membranes antérieures sont saines. Il faut donc chercher dans les parties profondes de l'œil la clef du diagnostic.

Examen ophtalmoscopique et réfraction. — $\frac{1}{H}$ et $\frac{1}{P}$ sont très forts. Le malade nous apprend qu'en effet il a commencé à porter des verres convexes à l'âge de 38 ans et qu'il a été obligé successivement d'en augmenter le numéro, il le pouvait d'autant plus facilement qu'il était contremaitre dans une fabrique de verres pour l'optique. Actuellement, il porte $+ 1/8$ devant les deux yeux. Cette amétropie est de suite examinée par les procédés habituels ; le résultat de l'examen justifie l'emploi des lunettes $+ 1/8$; mais il permet de constater une diminution manifeste dans l'acuité visuelle d'O. G. pour la vue de près et pour la vue à distance.

L'ophtalmoscope donne de suite l'explication de cette amblyopie, en faisant reconnaître dans l'O. G. un décollement de la rétine siégeant à la partie externe et un peu inférieure ; papille normale. Le décollement n'occupe pas la portion la plus déclive du fond de l'œil comme ordinairement ; il est limité, ainsi qu'il a été dit, en bas et en dehors ; dans le cas particulier, cette exception à la règle générale, acquiert une importance assez sérieuse, etc., œil de chat amaurotique de Beer.

Toute la partie centrale de la région observée est le siège d'un réseau vasculaire très fin ; il est facile de voir que ces petits vaisseaux ténus et déliés se déplacent plus que les gros vaisseaux rétinien ; ils tapissent des espèces de

saillies papilliformes situées derrière le plan de la rétine. Il n'est pas possible de les considérer comme dépendants du réseau vasculaire de la rétine. Entre les ramifications vasculaires, existent quelques petits agrégats noirâtres, à contour irrégulier et de dimension variable.

Champ visuel. — Diminution très prononcée en haut et en dedans (la lésion siégeant en bas et en dehors).

Interprétation des signes ophtalmoscopiques. — En présence de ces symptômes, on songea à une tumeur intraoculaire, développée entre la rétine et la choroïde, qui avait amené un décollement partiel de la première de ces membranes. Le réseau vasculaire de nouvelle formation appartenant à un plan rétinien, le siège de la tumeur fut attribué à la choroïde.

On se réserva pour un examen ultérieur, afin de ne pas fatiguer le malade très-impressionnable, de préciser la nature de cette tumeur et de déterminer la conduite à tenir à son égard.

Suite de l'observation. — Du 17 février au 8 mars, le malade est examiné trois fois. — Confirmation des résultats obtenus, la tumeur paraît un peu plus volumineuse. Champ visuel diminue un peu en haut, tandis qu'il reste stationnaire en bas.

Diagnostic. — La présence d'une tumeur choroïdienne ne peut plus être mise en doute à la suite d'un nouvel examen ophtalmoscopique. On s'arrête à l'idée de tumeur siégeant entre la choroïde et la rétine, ou mieux dans la choroïde elle-même. Or quelles sont les tumeurs de la choroïde les plus fréquentes, sinon les tumeurs décrites sous le nom de sarcôme.

Pronostic. — Doit être très réservé, car ces sarcômes se comportent à peu de chose près comme de vrais carcinômes. Le pronostic porté fut donc très mauvais et l'on conseilla l'énucléation.

Le malade est perdu de vue pendant huit mois. Il se fit si peu à l'idée d'une énucléation qu'il partit. Il finit néanmoins par comprendre l'avis sérieux qui lui avait été donné, et le 15 janvier 1873, il revenait à la clinique.

Etat glaucomateux. — Il nous apprend cette fois, que son œil est devenu rouge il y a 15 jours et que depuis le 31 décembre 1872, il lui a causé une souffrance horrible. On constate en effet une injection très vive de la conjonctive bulbaire avec dureté considérable du globe. La pupille est irrégulièrement dilatée, le bord externe est presque vertical. Trouble très grand du fond de l'œil, qu'on ne peut plus examiner à l'ophtalmoscope. Perception très faible et centrale de la lumière. Champ visuel impossible à prendre. L'éclairage latéral permet de reconnaître dans la partie externe de la cavité du globe, une masse d'un rouge jaunâtre encore chatoyante, paraissant adhérente au côté externe de la coque oculaire, immobile, ne recevant aucun mouvement lorsque le globe se déplace. Nulle part on ne voit de reflet franchement rouge indiquant la présence d'un épanchement sanguin.

Douleurs : parfois rémittentes. Depuis deux jours elles ont diminué. Malgré cette rémission, peut être même en raison de cette rémission, qui peut indiquer que la sclérotique a cédé ou est près de céder à l'effort de la pression intraoculaire, et en raison aussi de l'acuité des symptômes glaucomateux, lesquels pourraient produire rapidement des phénomènes sympathiques sur l'O. D. actuellement sain, l'énucléation est de nouveau proposée et cette fois, enfin, acceptée.

Opération : Pratiquée le 16 janvier 1872. On emploie la méthode ordinaire décrite par Bonnet. Le nerf optique est sectionné aussi loin que possible à 6 millimètres de la sclérotique ; la perte sanguine est insignifiante et immédiatement arrêtée par un bandage compressif régulier, sans tamponnement de la cavité laissée par l'ablation du globe.

Défaut absolu de transparence dans le 1/4 externe de l'œil énucléé. Il est déposé dans le liquide de Müller pour un examen histologique ultérieur.

Suites de l'opération. — Comme il arrive généralement, les suites immédiates de cette opération furent des plus simples. Quelques jours après, les lambeaux de la conjonctive étaient cicatrisés et le malade sortait guéri de la clinique.

Le 10 avril, l'orbite paraît absolument sain. Le malade porte depuis quelque temps un œil artificiel sans en éprouver aucune gêne.

Description de la tumeur intraoculaire et examen histologique. — (Trop longs pour être reproduits ici) il en résulte que l'on a affaire à un sarcome typique de la variété mélanotique : cellules fusiformes à gros noyau séparées par de la substance intermédiaire striée, la plupart rondes, d'autres irrégulières, les unes incolores, d'autres chargées de pigment, etc, etc. Le néoplasme siège exclusivement dans la choroïde. — Névrite optique.

Derniers renseignements : A la date du 10 novembre 1873, c'est-à-dire 2 ans et 7 mois depuis le début de la maladie et 21 mois après l'énucléation, le malade se porte bien et ne présente pas de récurrence locale ou à distance.

Observation XXIII

(BRIÈRE. — *Thèse de Paris*, 1873, p. 184).

M^{me} veuve R..., âgée de 56 ans, demeurant au Port-Marly, remarqua, pendant le mois de juillet 1872, que la vue de l'œil droit commençait à se troubler. Elle baissa graduellement sans provoquer la moindre souffrance. Le 13 janvier 1873, M. le Docteur Sichel, consulté pour la première fois par cette malade, constata un décollement de la rétine. Mais le peu de flottement de

cette lésion et la teinte différente qu'elle offrait à son centre et sur les bords, fit naître le soupçon d'une tumeur sarcomateuse. La malade fut prévenue des craintes que cet examen avait fait naître. Pendant le premier mois de 1873, les soupçons se transformèrent peu à peu en certitude, après observation plus prolongée, et l'enucléation fut conseillée.

Le 3 juin, M^{me} R..., commença à souffrir de son œil et celui-ci devint rouge. M. le Docteur Sichel, consulté de nouveau le 9 juin, constata tous les symptômes de la période glaucomateuse des tumeurs de la choroïde et insista de nouveau sur la nécessité de l'ablation immédiate de l'organe. Cette opération eut lieu le 12 juin; quatre jours après, la malade retournait guérie chez elle.

Examen anatomique: les enveloppes de l'œil étaient près de se rompre, car un des sinus équatoriaux est rempli d'une matière noire. Néanmoins, il n'y a pas encore d'ectasie à ce niveau. On constate par transparence la présence d'un corps opaque en un point de l'intérieur du globe, cette partie opaque correspondant précisément au niveau du tissu dont la lumière est obturée par du pigment. L'œil déposé dans la liqueur de Muller n'a été ouvert que quatre mois après l'opération. Un premier examen histologique fait par le Docteur Sichel, a confirmé le diagnostic de sarcôme, porté six mois auparavant.

Examen histologique par le Docteur Poncet, du Val-de-Grâce: La tumeur est entièrement constituée par un tissu mélanique fibro-sarcomateux. Eléments ronds et fusiformes avec abondance de mélanose. Il n'existe peut être pas un seul élément qui ne soit envahi par des granulations pigmentaires. La mélanose est constituée soit par des éléments tout à fait noirs, soit par le dépôt de fines granulations noires dans une cellule. A part cette coloration, le tissu est du fibro sarcôme bien net. La choroïde, loin de la tumeur, a subi la même dégénérescence et présente un tissu un peu plus épais, peu vasculaire, le sarcôme ayant fait disparaître une partie des vaisseaux. La rétine décollée et repliée est altérée, fibreuse, mais non mélanique. On ne retrouve plus les cellules sympathiques, ni les bâtonnets, mais il est possible avec un grossissement de 300 de reconnaître encore des cellules, des couches granuleuses. Le nerf optique ne portait plus de paupille puisque la rétine était repliée en parapluie; mais le nerf optique était atteint de névrite et de péri-névrite.

La malade a été revue plusieurs fois depuis l'opération. Elle est actuellement (27 novembre) très bien portante; mais le temps qui nous sépare de l'opération n'est pas encore assez considérable, et la nature mélanique de la tumeur doit nous engager à faire des réserves sur les suites de cette affection.

Observation XXIV

BRIÈRE. — *Th. Paris*, 1873, p. 196).

M. S..., âgé de 49 ans, demeurant au Falgaux (Cantal), se présente à la clinique de M. le Docteur Sichel, le 16 janvier 1869, offrant à première vue tous les symptômes d'une attaque de glaucome aigu à l'œil droit, mais en examinant à l'éclairage latéral, on reconnaît derrière la pupille la présence d'une tumeur jaunâtre, bien manifeste. Diagnostic : Sarcôme de la choroïde. Enucléation le 19 janvier 1869. Examen histologique par M. le Docteur Poncet. L'œil entier est envahi par la dégénérescence. La choroïde décuplée d'épaisseur, a perdu toute structure normale pour devenir tissu de fibro-sarcôme mélanique, à éléments fusiformes, denses, constituant un tissu serré, peu vasculaire, chargé de pigment. Le liquide placé entre la membrane nerveuse séparée et la choroïde devenue sarcomateuse est organisé, fibreux, rempli de cellules mélaniques ou de grains pigmentaires. Il a aussi subi la dégénérescence sarcomateuse et fibreuse comme la choroïde. La rétine décollée, suivant les règles habituelles, est seulement privée des éléments nerveux dans la majorité des points examinés, mais elle n'est pas sarcomateuse. Au niveau de la papille, au dessus de la lame criblée, la transformation du nerf optique en tissu fibreux est complète. Au dessus de la lame criblée, on constate une dégénérescence grasseuse du nerf dans de nombreuses loges et une prolifération active de la névroglie, d'où une atrophie par compression des tubes nerveux. En dehors de la sclérotique et du globe oculaire par conséquent, nous trouvons trois ou quatre petites tumeurs de 2 à 3 millimètres d'épaisseur ; elles sont formées par du tissu sarcomateux et non fibreux, n'offrant pas néanmoins la structure alvéolaire du carcinôme. Deux de ces petites formations sarcomateuses existent encore dans la gaine du nerf optique, entre la gaine vaginale et la tunique propre du nerf. Il y a donc généralisation extraoculaire de ce sarcôme. Il est à noter que les productions en dehors du globe n'étaient pas mélaniques, comme le tissu morbide de l'œil lui-même.

Tous les éléments des parties internes sont en voie de dégénérescence granulo-grasseuse, ce qui rend leur isolement difficile et leurs contours moins nets.

Diagnostic : fibro-sarcôme mélanique de la choroïde en voie de régression grasseuse. Généralisation sarcomateuse en dehors de la sclérotique.

Quatre ans après, santé bonne.

Observation XXV

(BRIÈRE. — *Th. Paris*, 1873, p. 245.)

L..., âgé de 40 ans, employé au chemin de fer de l'Est ; santé antérieure excellente : Depuis quatre ans cependant, il est sujet à des migraines qui reviennent tous les mois. Elles l'obligent parfois à garder le lit. Son père est mort il y a quelque temps, mais il ne sait pas de quelle maladie. Sa mère se porte bien.

Antécédents. — Le 6 mai 1873, l'œil gauche devint rouge et douloureux ; on prit cette affection pour une ophthalmie catarrhale. Le malade souffrait alors de sa migraine. Application de dix sangsues à la tempe. La rougeur et la douleur disparurent peu à peu, mais en même temps l'œil devint aveugle du jour au lendemain, si bien qu'il ne pouvait plus distinguer le jour de la nuit.

M. le Docteur Cusco, consulté, diagnostiqua un décollement de la rétine. La migraine reparut tous les mois, comme par le passé, mais il y a huit jours elle a atteint une intensité très grande et au lieu de ne durer que pendant vingt-quatre heures, elle a continué jusqu'au moment où nous observons le malade.

Etat actuel, 13 septembre 1873. — Aspect glaucomateux de l'œil gauche. Injection conjonctivale vive, léger chémosis, sensibilité cornéenne diminuée. Pupille très dilatée (Depuis 8 jours son médecin lui fait mettre de l'atropine) Teinte glauque du cristallin ; à la lumière solaire on voit dans la moitié interne du fond de l'œil un reflet gris-jaunâtre qui donne de suite le soupçon d'une tumeur intra-oculaire. Œil dur. Impossibilité de voir le fond de l'œil avec l'ophthalmoscope. La teinte rouge ordinaire des membranes profondes est remplacée en dedans par une surface jaune à reflet métallique, bosselée et en dehors par une teinte plus uniforme.

Diagnostic : Sarcôme de la choroïde à la période glaucomateuse. Enucléation le 16 septembre. Trois jours après le malade était guéri. La présence d'une tumeur intraoculaire fut vérifiée après l'opération en examinant l'œil par transparence dans une chambre noire.

Le 17 novembre, l'œil conservé dans la liqueur de Muller est soumis à l'examen histologique : fibro-sarcôme mélanique de la choroïde avec développement d'une très-grande quantité de vaisseaux et dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires. La rétine et le nerf optique n'ont pas subi la dégénérescence maligne (Docteur Poncet).

Le 15 décembre. Le malade est bien portant, mais il offre un teint jaune très prononcé qui doit donner lieu à quelques réserves quant au pronostic.

Observation XXVI

(BRIÈRE. — *Th. Paris*. 1873, p. 246)

Le nommé G., emballer, âgé de 57 ans, père d'un enfant, n'a pas eu d'autre maladie qu'une blennorrhagie vers l'âge de 23 ans. Il y a un an environ, il a remarqué que son œil droit était plus terne que l'autre œil et que petit à petit, il se couvrait dans la moitié interne du champ visuel. Cette lésion est restée huit mois stationnaire, mais il y a deux mois le rétrécissement du champ visuel est devenu de plus en plus marqué et enfin la perte de la vision de ce côté est devenue complète. Il y a huit jours, aux troubles fonctionnels se sont jointes des douleurs poignantes et de l'insomnie qui engagèrent le malade à consulter M. Sichel.

Etat actuel. — 10 novembre 1871. L'œil et les parties avoisinantes présentent les signes d'une gêne notable dans leur circulation; les paupières sont œdématisées et recouvrent en partie le globe sur lequel on voit du chémosis. La coloration de l'iris est changée. Cette membrane est propulsée en avant, bosselée et presque en contact avec la cornée. La pupille est terne, assez semblable à l'œil de chat amaurotique. A l'ophtalmoscope, en se servant d'un verre $+ 1/3$ qui corrige l'hypermétropie du malade, et en se rapprochant tout près de son œil, on constate une tumeur volumineuse dont la surface est parcourue par des vaisseaux. Le lendemain, l'œdème des paupières et le chémosis avaient augmenté outre mesure.

Enucléation: quelques jours après, le malade était guéri. Diagnostic histologique: sarcôme peu pigmenté de la choroïde.

Un an après, le malade se porte très-bien. Il a travaillé 2 jours après l'enucléation. Depuis, il n'a rien éprouvé de fâcheux.

Observation XXVII

(SICHEL. — 1873.)

Il s'agit d'un homme d'un âge mur, atteint à l'œil gauche de formation mélanique, ayant donné lieu déjà à des tumeurs extra-oculaires au moment de l'opération. Enucléation. Le néoplasme était un sarcôme mélanique. Six ans après, le malade vivait encore, mais on n'a pas de renseignements certains sur

(SICHEL.)

Observation XXVIII

(BECKER. — Brière, *Thèse de Paris*, 1873 p. 162.)

En 1866, se présente au professeur Arlt, un homme opéré par lui, de cataracte, avec succès, trois ans auparavant. Il se plaignait de voir mal depuis quelque temps. Vision centrale bonne, mais en bas et en dedans, lacunes dans le champ visuel. Conformément à cela, à l'ophthalmoscope, masse arrondie, recouverte par la rétine, qui proéminait dans le champ pupillaire et n'avait pas la teinte bleuâtre ordinaire dans les décollements de la rétine; de plus, les vaisseaux n'étaient pas bruns ou noirâtres, mais avaient leur coloration normale au voisinage de la tumeur. Fond de l'œil normal. On y reconnaissait facilement la papille, mais on constatait qu'à une certaine étendue d'elle, vers la base de la tumeur, la rétine était légèrement décollée. En examinant les vaisseaux de la surface de la tumeur, on les poursuivait jusqu'au bord de la masse convexe et on voyait que là ils se recourbaient en arrière.

Les mouvements parallaxiques montraient que cette masse convexe s'amin-
cissait en arrière et que l'on avait une tumeur pédiculée. Nulle part on ne voyait de décollement sacciforme. Il fallait par conséquent que la rétine fût plus ou moins en contact avec la surface de la tumeur. Un simple décollement de la rétine ne prend jamais cette apparence et on pouvait, par cela seul, diagnostiquer une tumeur de la choroïde.

Pour affirmer le diagnostic on fit la ponction de la rétine du côté du corps vitré. Il y eut un abondant écoulement sanguin, mais la tumeur ne s'affaissa pas. Le malade refusa d'abord l'énucléation qui fut pourtant faite peu après.

La tumeur avait déjà pénétré dans l'orbite. Aussi il y eut récédive au bout de trois mois et on dut extirper tout le contenu de l'orbite. Le malade mourut le lendemain d'apoplexie. Le microscope montra un sarcôme pigmenté et à grandes cellules.

Obsevation XXIX

(BRIÈRE. — P. 186. Obs. XLVIII. *Th. de Paris*, 1873.)

M. G..., marchand de vins en gros, demeurant rue des Barrières, à Charenton, consulta M. le docteur Sichel dans les premiers mois de 1871, pour trouble de la vue de l'œil gauche, qui était apparu progressivement et sans cause connue. Le résultat de cet examen fut qu'il existait dans la partie inférieure de cet œil un décollement de la rétine. Le traitement fut dirigé dans ce sens pendant quelque temps. Mais, outre l'absence de toutes les causes ordi-

naires du décollement de la rétine, on remarqua que celui-ci augmentait légèrement et n'offrait pas la fluctuation ordinaire aux décollements simples de la rétine. Il était impossible de constater derrière la membrane décollée rien qui permît d'affirmer l'existence positive d'une tumeur. Le malade fut suivi néanmoins avec beaucoup de soin. Deux mois après les premiers examens, apparition de phénomènes glaucomateux des plus manifestes. Vu l'intensité de ces symptômes apparus brusquement, vu les particularités offertes par le décollement rétinien, on diagnostiqua un sarcôme de la choroïde, et l'on conseilla l'énucléation. Le malade, de plus en plus tourmenté par des douleurs extrêmement vives, finit par l'accepter. Elle eut lieu à son domicile le 20 juillet 1871. Guérison huit jours après.

La tumeur est constituée par des éléments fusiformes mélangés de cellules rondes. Les premiers forment un tissu assez dense contenant des vaisseaux nombreux, et au milieu de ces cellules incolores abondent des cellules pigmentaires fusiformes à prolongements anastomosés. Les corps noirs forment un réseau répandu dans le fibrôme. Celui-ci acquiert par places une densité telle, que la tumeur se présente alors sous l'aspect d'une plaque noire tout à fait opaque. Outre les éléments pigmentaires à prolongement, certaines cavités dans le tissu du fibrôme renferment des globes épithéliaux noirs qui paraissent provenir de l'épithélium choroïdien détaché. Ça et là les granules de pigment isolés colorent aussi les différentes cellules sarcomateuses.

En résumé :

- 1° Eléments sphériques, incolores, à noyau de sarcôme ;
- 2° Eléments fusiformes incolores anastomosés formant tissu ;
- 3° Eléments fusiformes noirs pigmentés, mélangés au tissu du fibrôme ;
- 4° Epithélium polygonal migrateur noir, pigmenté.

La sclérotique est saine. La choroïde, dans les environs de la tumeur, a subi la transformation fibreuse et d'elle naissent directement des travées de fibro-sarcôme qui plongent dans le liquide nouveau sécrété et rejoignent la tumeur principale. Cet exsudat est dans des conditions qui doivent fixer l'attention. Il est peu organisé, ne contient pas de cellules muqueuses embryonnaires à prolongement, mais aussi il ne renferme pas de cellules épithéliales noires qui sont dans le fibro-sarcôme et paraissent avoir été absorbées par la tumeur. La rétine a subi la transformation fibreuse en totalité. La névroglie seule est visible, elle constitue un réseau à larges mailles, et dans ces mailles existent des vésicules colloïdes. Nulle trace des couches ganglionnaires, ni des bâtonnets. Le nerf optique est dans un état de dégénérescence granulo-graisseuse complète. Les espaces occupés par la substance nerveuse, réduite à de fines molécules grasses, occupent à peine la cinquième partie de la surface du nerf. Le reste est occupé par le tissu connectif interstitiel. Les environs de la

lame criblée présentent seuls une prolifération abondante de petites cellules de la névroglie. Plus bas cette névrite n'existait pas.

Le malade s'est bien porté pendant l'anrée qui a suivi l'énucléation. Vers le milieu de 1872, il a commencé à s'affaiblir. Son médecin constata une affection hépatique qui fut bientôt reconnue pour un cancer. M. G... est mort peu de temps après, il a présenté tous les symptômes de la cachexie cancéreuse. Pas de récurrence du côté de l'orbite.

Observation XXX

Sarcome mélanique de l'œil droit. — Signes d'infection générale.

Extirpation. — Guérison apparente. — Mort après quelques semaines.

(*Ann. d'ocul.*, 1875, 1^{er} sem., p. 26.)

Homme de 52 ans, robuste. Vision abolie depuis treize ans. A eu plusieurs fois l'œil rouge et douloureux, mais d'une façon passagère. Depuis deux mois seulement, il a remarqué de l'exorbitisme en même temps qu'une tumeur sur le secteur interne de l'œil. Douleurs dans le cou et dans la tête du côté malade.

Le 9 décembre 1873, globe un peu augmenté de volume, un peu poussé en avant. (Œdème des paupières et de la conjonctive avec ectropion inférieur. Cornée saine ; iris accolé à la cornée, décoloré, pupille oblitérée. Une tumeur rouge, sombre, adhérente à la sclérotique, grosse comme la moitié d'une noisette, recouvre le secteur interne de l'œil. Globe très tendu. Glande sous-maxillaire du même côté infiltrée et un peu douloureuse.

Extirpation totale de l'œil le 12 décembre. Le malade quitta la clinique le 9 janvier. Il était pâle, exténué, avait de l'appétit, mais se plaignait de douleurs dans le rachis. Il avait eu quelques vomissements, pas d'autres symptômes céphaliques. L'orbite était remplie de granulations et suppurait peu. L'opéré mourut chez lui dans le même mois, sans que l'on pût se procurer de renseignements précis à ce sujet.

Structure ordinaire des sarcomes mélanotiques de la choroïde avec prédominance de cellules fusiformes.

Observation XXXI

Sarcome mélanotique de la choroïde, extirpé par Spencer

Watson, sans récurrence après 14 mois.

(*British Med. Journ.* 28 avril 1877 et *Ann. d'ocul.*, 1877, 2^e sem., p. 189).

Une couturière âgée de 60 ans, s'était aperçue que la vision de son œil droit

baissait sensiblement depuis un an. Quelques jours avant de se présenter à la consultation, elle s'était donné un coup sur le globe et il en était résulté une vive douleur et un trouble plus grand encore de la vue. Au moment de l'admission au South London ophthalmic Hospital, la pupille est légèrement tirée vers le côté temporal et en haut, mais se dilate uniformément par l'atropine. Vers la région supéro-externe de la sclérotique, un peu en arrière de la cornée, se voit une tache pigmentée de la largeur d'une tête d'épingle, recouverte par la conjonctive mobile et ne faisant aucune saillie extérieure. L'ophtalmoscope fait découvrir une tumeur arrondie, noire, occupant la région supéro-externe de la chambre vitrée, qui, pour le reste n'est que légèrement trouble; les bords de la papille sont mal définis. Cependant la partie restée libre de la rétine est encore sensible, puisque la malade déchiffre encore le caractère numéro 20 de Jøger. Une semaine plus tard, survint tout à coup une vive attaque inflammatoire, avec forte douleur, propulsion en avant de l'iris et finalement production d'un hypophaïme. Il n'y avait pas un instant à reculer devant l'énucléation. La tumeur occupait un bon tiers de la chambre vitrée, dont l'humeur restant avait conservé toute sa transparence, d'un aspect brunâtre, lisse, elle était recouverte par la rétine devenue opaque, mais sans adhérence normale: elle semblait faire corps avec la choroïde ou s'être développée à sa partie postérieure. Une coupe transversale offre une texture uniformément noire, de la consistance d'un fromage assez ferme. L'examen microscopique, pratiqué par M. Nettleship, montre que cette tumeur est un sarcome mélanotique fortement pigmenté.

On peut espérer voir guérir radicalement la malade, attendu que le mal était limité au globe seul et n'avait pas encore envahi le nerf optique.

Observation XXXII

Cas de sarcome mélanique, tiré de la pratique privée du professeur O. Becker, observé par le beau-frère de la malade, qui est médecin.

(*Ann. d'ocul.*, 1878, 1^{er} sem., p. 46.)

Babette S..., 51 ans, de constitution faible, a une scoliose et souffre de troubles circulatoires. Un an auparavant, elle reçut un coup d'un morceau de bois à l'œil gauche, qui devint douloureux et rouge et resta ainsi pendant quelque jours. Depuis, la vue est demeurée trouble. Il y a trois mois, il y eut des crises douloureuses surtout la nuit, la pupille devint de plus en plus paresseuse et depuis lors la vue diminua. Actuellement, la pupille est dilatée,

le corps vitré trouble, la rétine décollée en bas et en dedans ; les doigts se comptaient encore de très près du côté externe. Bientôt il y eut douleurs affreuses dans l'œil et la tête, vomissements, frissons et forte fièvre avec menace de collapsus, larmolement, photophobie, conjonctive rouge, cornée légèrement trouble. Ces symptômes diminuèrent à la suite d'injections sous-cutanées de morphine, d'application de glace, puis d'eau de Goulard.

Environ un mois après, la pupille était dilatée au point que l'iris n'était plus visible dans la moitié supérieure. En bas et en dedans, il y avait dans la chambre antérieure une tumeur noire, inégale, granuleuse, paraissant provenir du bord ciliaire de l'iris. Le bulbe est d'une dureté de pierre, l'œil ne perçoit plus la lumière. L'énucléation est faite sans accident, et le nerf optique coupé aussi loin en arrière que possible. Quatre ans après, il n'y avait pas encore de récédive.

L'œil, conservé dans le liquide de Muller, fut examiné six mois après. La chambre antérieure communiquait en haut avec le corps vitré, la tumeur adhérait à la face antérieure de l'iris et avait la grosseur d'un grain de chènevis. Le cristallin est luxé et adhère en bas à l'iris. La rétine est décollée et tient au nerf optique et à la lentille, son contenu est formé d'une masse purulente épaissie. Entre la choroïde et la rétine, se trouve un lacis de fibres ténues enchevêtrées.

A l'examen microscopique, l'épithélium cornéen est en prolifération et parcouru de vaisseaux. La substance propre est également vascularisée dans ses couches profondes. La membrane de Descemet est bien conservée, un peu épaissie au bord. L'endothélium montre, en bas, des amas de cellules rondes avec gros noyau à plusieurs nucléoles, contenant des molécules de pigment. Les cellules endothéliales sous-jacentes sont agrandies et quelques-unes contiennent des molécules pigmentaires. L'iris à la périphérie est coudé en avant, sa face antérieure colle au ligament pectiné, la partie moyenne est retroussée en arrière, le bord pupillaire, retourné en arrière, est tiré vers les procès ciliaires, par une membrane recouvrant le corps ciliaire, etc.

La tumeur située à la face antérieure de l'iris part du petit cercle par des cellules fusiformes en série et passant dans la masse fortement pigmentée de la tumeur. Celle-ci est formée de petites cellules arrondies situées au milieu d'un fin réseau. Leur contenu pigmentaire augmente du centre à la circonférence. Le tout est recouvert d'une fine membrane. En déchirant la partie extérieure de la tumeur on trouva une fibre de bois. La membrane adventice des artères ciliaires est très large. La choroïde est dépigmentée par places avec amas de pigment à d'autres. Dans la paroi de l'entonnoir formé par la rétine, immédiatement derrière la lentille, il y avait un éclat de bois de 4 millimètres de long, enseveli dans la membrane vitrée très compacte. Le contenu de la rétine dans la partie postérieure est formé d'éléments cellulaires et fibrillaires,

parsenés de vaisseaux et de pigment. La section offrait un type de sarcôme choroidal. La rétine a perdu toute sa structure, elle est réduite à une membrane dense, parsemée de pigment. La membrane limitante interne est conservée. A la papille, on voit les vaisseaux centraux remplis de thrombose. Entre les gâines et les faisceaux nerveux du tronc optique, il y a des éléments cellulaires plus ou moins pigmentés analogues à ceux de la tumeur, pénétrant au travers de la lame criblée.

Observation XXXIII

(G. SALVIOLI. — *Etude clinique et anatomique de deux cas de mélando-sarcôme de la choroïde observés et énucléés par M. Manfredi. — Ann. d'ocul.*, 1878, 1^{er} sem., p. 145).

Vieillard, âgé de 65 ans : la néoplasie avait pris son origine dans la partie antérieure de la choroïde et la partie postérieure du corps ciliaire elle s'était surtout développée en épaisseur, poussant en avant le système cristallinien et l'iris et avait envahi la région équatoriale de la sclérotique et formé en ce point une tumeur extra bulbaire.

L'autopsie complète l'observation publiée précédemment, le vieillard succomba à un sarcôme mélanotique du foie, dix-neuf mois après l'énucléation. Pas de récidence locale. L'œil droit est simplement atrophié, sans trace de néoplasme.

Observation XXXIV

(G. SALVIOLI. — *Ann. d'ocul.*, 1879, 2^e sem., p. 204).

Sarcôme pigmenté de la choroïde avec perforation commençante de la sclérotique de l'œil gauche. Enucléation. Irido choroïdite glaucomateuse et atrophie consécutive de l'œil droit. Mort vingt-deux mois après l'énucléation, par diffusion du néoplasme aux organes internes. Autopsie.

Observation XXXV

Extirpation d'un sarcôme mélando-choroïdien.

(Hôtel-Dieu. RICHET. — *Gaz. des Hôp.*, 11 sept. 1879).

Femme de 53 ans, mère de six enfants, jamais malade jusqu'en 1877. A cette époque sa vue se trouble de l'œil droit. Elle consulta Galezowski qui

reconnut l'existence d'un sarcôme mélando chorôidien et en fit l'extirpation le 14 août 1877. La malade se rétablit vite. Le 3 décembre, la malade se présente ayant constaté depuis quelques jours une tuméfaction anormale dans le fond de l'œil opéré ; elle quitte brusquement l'hôpital et revint trois semaines après, la tumeur n'ayant pas augmenté de volume, mais les douleurs de tête sont intolérables. L'œil gauche est normal.

Y a-t-il récédive ? la chose est tout au moins douteuse, la tumeur, depuis le mois de décembre, n'a pas suivi la marche progressivement ascendante que ces tumeurs suivent ordinairement : au lieu d'envahir le périoste et les parties avoisinantes, comme c'est la règle, la tumeur est restée stationnaire, elle s'est plutôt affaissée. D'autre part, le 14 août 1877, le sarcôme avait déjà débordé la choroïde et gagné le tissu cellulaire rétro-oculaire : on l'enleva comme on put au thermo-cautère. Il n'est pas certain qu'il y ait là une récédive.

Pas de renseignements ultérieurs.

Observation XXXVI

Un cas de sarcôme de la choroïde.

(LEWIS, S. DIXON, WORCESTER, MASS. — *Ann. d'ocul.*, 1880, 1^{re} sem., p. 260).

Chez un homme de 50 ans, jouissant d'une bonne santé, on se vit forcé d'enucléer l'œil gauche pour mettre fin à d'intolérables douleurs résistant à tout traitement. Jamais l'examen ophtalmoscopique, quoique répété à plusieurs reprises avec le plus grand soin, n'avait révélé la moindre lésion. Après l'enucléation de l'œil malade, on y découvrit une tumeur de l'épaisseur de $\frac{1}{12}$ de pouce, occupant le $\frac{1}{3}$ externe de la région ciliaire. Le Docteur Worckman, chargé d'en faire l'examen histologique, trouva dans sa texture tous les caractères d'un sarcôme mélanique.

Six mois plus tard, les symptômes douloureux se déclarèrent dans l'œil droit et l'acuité visuelle baissa graduellement jusqu'à la cécité complète. Un an après l'enucléation de l'œil gauche, le malade succomba au dépérissement causé par le chagrin et le découragement. Il conserva l'intégrité de ses facultés jusqu'à la fin de sa vie. L'examen nécroscopique ne fut pas autorisé. L'auteur impute la perte de l'œil droit à une cause identique à celle ayant perdu l'œil gauche.

Observation XXXVII

Un cas de mélano-sarcôme de la choroïde.

(LEROY. *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, n° de juillet-août 1882, p. 356-371, et *Ann. d'ocul.*, 1883, 1^{er} sem., p. 90.)

Un ouvrier mécanicien, de 26 ans, reçut en avril 1880, une paillette métallique dans la cornée de l'œil droit. L'éclat fut extrait le lendemain, mais non sans laisser de l'irritation oculaire, qui persista pendant quelques jours. Ce sujet aurait, peu de temps après l'accident, remarqué un voile noir couvrant les objets situés dans la moitié inférieure du champ visuel; il envahit rapidement ce dernier et le docteur Leroy put constater, un mois après l'accident, l'abolition totale de la vision par décollement complet de la rétine.

Au mois de novembre 1881, environ sept mois après le traumatisme, survinrent des accidents glaucomateux. Au cours de l'énucléation, des adhérences nombreuses entre le globe et les tissus intra-orbitaires rendirent l'opération laborieuse. En arrière de l'équateur et au côté supéro-interne, la sclérotique était perforée comme à l'emporte-pièce: l'ouverture avait les dimensions d'une grosse lentille, avec gonflement et induration des bords de la solution de continuité, ainsi que des tissus correspondants de l'orbite.

Il s'agit d'un mélano-sarcôme de la choroïde, du volume d'une noisette, ayant repoussé la rétine devant elle. L'auteur ne nous dit pas s'il a constaté l'existence de tumeur immédiatement après l'opération. Le décollement de la rétine avec glaucôme concomitant, devait cependant donner la quasi certitude de l'existence d'une tumeur, et, en présence de la perforation de la sclérotique, il eût convenu de procéder à l'évidement immédiat de l'orbite. L'opération complémentaire ne fut faite que six jours après l'ablation de l'œil. Une récurrence locale n'a pas été constatée depuis l'intervention chirurgicale.

Observation XXXVIII

(DENTI, Milan. *Arch. d'ophth.*, 1884, t. V, p. 273, voir observ. XL.)

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une malade qui présenta tout d'abord un décollement de la rétine, avec légère diminution des tissus, mais bientôt douleurs vives, amaigrissement; un deuxième examen fait reconnaître que le globe est dur dans la moitié inférieure; la tension est au contraire diminuée dans la moitié supérieure. Après l'énucléation, on reconnaît qu'il y avait là

une accumulation de liquide. Il s'agissait d'un sarcôme mélanique fusocellulaire, après deux ans la guérison s'est maintenue.

Dans les deux cas, on a pu assister aux périodes régulières de tumeurs intra-oculaires, période irritative, glaucomateuse, envahissement de la tumeur, généralisation.

Observation XXXIX

Sarcôme du corps ciliaire.

(Léopold GROSSMANN. — Traduit de l'allemand par de Lapersonne. — *Arch. d'ophthal.*, t. III, p. 132.)

Mlle M. . . , 55 ans, maigre, pâle, se plaignant de son œil droit, dont l'acuité visuelle est très diminuée, qui est douloureux et larmoyant, tandis que la vue de l'œil gauche baisse sensiblement. D'après les indications de la malade, l'œil droit aurait rougi au mois de février 1881 ; en même temps il était survenu, sans cause appréciable, du larmolement et de la photophobie.

La malade, inquiétée par ces phénomènes, consulta plusieurs médecins, mais tout traitement resta sans succès. Puis elle remarqua une diminution progressive de la vue ; elle pouvait cependant, à la fin de juin, lire de gros caractères d'imprimerie. Elle ne consulta pas de nouveau, parce qu'elle n'éprouvait aucune douleur.

Cependant depuis trois semaines, elle avait éprouvé des douleurs dans l'œil droit, avec irradiation dans toutes les branches du trijumeau. Dans la nuit précédente, les douleurs étaient devenues très fortes, surtout dans la région sus-orbitaire et frontale, empêchant le sommeil.

Examen des yeux. — L'œil droit n'est pas gêné dans ses mouvements. La conjonctive bulbaire présente dans toute son étendue une forte injection sclérale et épisclérale, ayant une coloration violacée.

Le tonus est très diminué, la pression légère, exercée avec le doigt à travers la paupière supérieure, éveille dans la région ciliaire une très vive douleur, qui produit presque la syncope. La cornée est trouble, sa sensibilité très diminuée, la chambre antérieure sans profondeur ; son sinus est effacé.

L'iris, grisâtre, bourgeonnant, est traversé par des veines dilatées. La pupille est oblitérée par des couches d'exsudats (occlusion pupillaire). L'épreuve de la vision ne donne même pas la sensation de lumière quantitative.

La conjonctive de l'œil gauche est injectée, rosée sur la zone sclérale, l'œil est larmoyant, photophobique, son tonus est un peu élevé. La pupille est un peu contractée, réagissant lentement.

A l'ophtalmoscope, on voit que les milieux sont transparents, la réfraction emmétropique. Les vaisseaux de la papille sont un peu écartés vers la ligne médiane. La papille elle-même est normale quant à son niveau, sa couleur et sa délimitation. Le champ visuel et le champ des couleurs sont un peu diminués concentriquement ; la sensation des couleurs est bien conservée. La vision centrale n'est pas troublée : Avec 1 D. convexe, elle lit Sn.3 pendant quelques secondes. Mais si on veut essayer l'activité de son accommodation plus longtemps, on est obligé de cesser à cause de la douleur frontale, du larmoiement abondant, du trouble de la vue, ainsi que de la douleur très-vive qui se transmet dans l'œil primitivement atteint.

Les phénomènes inflammatoires et névralgiques, en même temps que la douleur ciliaire très vive à la pression, tout concourait à indiquer une iridocyclite idiopathique de l'œil droit. Déjà cette affection commençait à provoquer des phénomènes sympathiques sur l'œil gauche.

Je prévins la malade des conséquences pour l'œil gauche et je proposai l'énucléation de l'œil droit. La malade accepta et l'opération fut faite avec l'anesthésie chloroformique. A l'œil nu, le nerf optique, à son entrée dans le bulbe, parut sain après l'énucléation. La guérison se fit rapidement. La malade quitta l'Institut le onzième jour après son admission.

La fine injection de la zone ciliaire de l'O. G., le larmoiement et la photophobie disparurent dès les premiers jours après l'énucléation. La malade, sentant son œil bien libre, put reprendre ses travaux sans fatigue de l'accommodation. Cinq semaines après l'opération, on plaça un œil artificiel.

L'examen anatomique de l'œil droit a été fait par le docteur Goldzieher, auquel j'adresse tous mes remerciements.

Examen macroscopique de la coupe de l'O D. — La rétine est décollée, la choroïde épaissie. La partie antérieure de l'œil est occupée par une tumeur d'un noir foncé qui vient, sans aucun doute, du corps ciliaire, a repoussé et altéré le cristallin, et arrive en avant jusqu'à l'iris. Sur différentes coupes, la tumeur est toujours d'un noir intense, montrant seulement ça et là, quelques taches plus claires. L'examen histologique, qui ne peut être fait que sur des coupes très minces, montre que la tumeur présente une structure fibreuse, avec de nombreux amas de pigment, enfin des cellules fusiformes remplies de pigment. Peu de vaisseaux.

Diagnostic anatomique : Mélano-sarcôme de la choroïde. Au point de vue du pronostic, on ne peut-être affirmatif sur l'issue définitive. En effet, il n'y a maintenant que dix huit mois depuis l'énucléation et 23 depuis le début de la maladie. La récurrence et la généralisation ne se sont pas encore produites ; mais Hirschberg, s'appuyant sur ce fait que la généralisation avait, dans cinq cas, entraîné la mort un an et demi après l'énucléation, a bien fait remarquer que

c'est seulement après deux ans qu'on est en droit d'admettre une guérison définitive. Je crois même que ce terme n'est pas suffisant et qu'il faut attendre quatre ans.

Observation XL

Duo case di sarcoma melanotica coroïdale.

(Franc. DENTI. — Milan, 1884. *Arch. d'ophthal.*, t. V, p. 273)

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 24 ans, qui remarque accidentellement que la vue de son œil gauche était presque disparue; elle laisse les choses ainsi, mais bientôt des douleurs ciliaires vives avec tension intra-oculaire très augmentée, décollement de la rétine, pupille immobile, reflet de l'œil de chat amaurotique de Beer, tout indiquait la présence d'une tumeur; l'énucléation fut faite et la tumeur, qui occupait tout l'hémisphère postérieur, fut reconnue pour un sarcome de la choroïde à cellules rondes. Un an après, la malade mourait d'une généralisation du sarcome au foie.

Observation XLI

Sarcome mélanique généralisé

(*Progrès Medical* 1885 p. 8. — HALTMAN)

L..., 61 ans, journalier, entre, le 22 avril 1883, dans le service de Monsieur Terrier à l'hôpital Bichat. Il y a un an; il reçut, en travaillant comme carrier, un éclat de pierre dans l'œil droit, il entra pour ce traumatisme à Lariboisière où on lui fit successivement deux opérations: une iridectomie, puis l'énucléation de l'œil; quinze jours après il sortait guéri, il reprit son état et se mit à porter un œil artificiel. Pendant six mois tout alla bien: à ce moment il commença à éprouver des douleurs violentes et des étourdissements de plus en plus forts; à la fin d'août, il fut obligé, pour cela, de quitter son œil artificiel. Un mois après, en septembre, il constate au niveau du moignon une tumeur qui depuis a grossi graduellement. A la fin du mois de février, survinrent des douleurs dans les membres inférieurs qui l'obligèrent à cesser son travail et pour lesquelles il fut traité pendant dix jours à l'hôpital de Meaux. Depuis ce moment il n'a plus pu travailler. Le 17 mai la tumeur a envahi tout l'orbite. Le malade offre une apparence extérieure un peu cachectique. Douleurs très vives dans les membres inférieurs, très marquées au niveau des hanches et revenant par crises

Quatorze juin : Localement pas de grand changement, mais l'état général s'altère de plus en plus. Toujours les mêmes douleurs, de temps en temps vomissements alimentaires. Cachexie va en augmentant. Constipation. Mort le premier août.

Autopsie : mélanose généralisée. L'examen histologique de la tumeur orbitaire fait par M. Achard au laboratoire du collège de France a montré qu'elle présentait les caractères du sarcôme fasciculé.

Observation XLII

Mélano-sarcôme primaire de l'iris.

(A. KRUCHOW. — *Westnik ophthalmologii*, mai-juin 1886).

Chez une malade âgée de 25 ans, le premier examen, il y a 3 ans, a démontré la présence d'une petite tumeur de couleur très-foncée, presque noire dans la partie externe de l'iris droit; la tumeur occupait toute la largeur de l'iris; dans cet endroit, au dire de la malade, il y avait auparavant une petite tache noire, qu'elle a remarquée il y a sept ans: V. était 12/30, M. 1/36. Trois ans après la malade se représentait de nouveau: l'acuité visuelle restait la même, mais la tumeur s'était considérablement accrue: elle occupait le 1/4 de la chambre antérieure et recouvrait la moitié de la pupille; sa surface antérieure touchait partout la surface postérieure de la cornée, qui était opaque en cet endroit. La tumeur fut extirpée complètement avec la partie correspondante de l'iris. Après avoir fait la ponction avec le couteau de de Groefe, l'auteur a introduit une branche de ciseaux et avec eux il a terminé l'incision (de 14 à 15 millimètres de longueur) de la sclérotique, à 2 millimètres du bord de la cornée; puis avec la spatule il a fait sortir toute la tumeur de la chambre antérieure. La guérison ne fut suivie d'aucune réaction, et au bout de sept jours, la malade sortit guérie. L'acuité visuelle resta la même. Même une année plus tard, aucune récurrence.

L'examen microscopique a démontré que, dans ce cas, il s'agissait d'un mélanosarcôme à cellules rondes et fusiformes.

Observation XLIII

(DEHENRE. — *Un. médicale*, 1886, t. I).

A la fin du mois de juillet 1885, M. R. ., de Monthlery, se présente à ma consultation. Depuis huit jours, il s'est aperçu de l'existence d'un brouillard

qui couvre tous les objets situés du côté externe et supérieur de son œil droit. Il est très tourmenté, aussi vient-il immédiatement demander un avis. Il est extrêmement rare que des malades consultent à cette période de la maladie, l'absence de douleurs leur enlevant toute inquiétude.

M. R..., est un homme de 35 ans, petit, assez maigre, mais très-bien portant. Aucune maladie grave ; n'a jamais souffert des yeux. Employé de commerce, c'est en mesurant des étoffes qu'il s'est aperçu du rétrécissement du champ visuel de l'œil droit. Sa vue a toujours été excellente, de loin comme de près. Il est emmétrope. Père et mère bien portants.

A l'ophtalmoscope, rétine décollée dans sa moitié inférieure et interne. Papille normale. Choroïde intacte. L'interrogatoire le plus minutieux ne permet pas de remonter à l'origine de ce décollement. Notre malade dit bien avoir reçu, trois mois auparavant, sur l'œil droit un petit coup de baguette, mais le traumatisme a été si léger qu'il n'a laissé aucune trace et que M. R..., n'en a jamais souffert. Tension du globe est normale.

La tumeur intraoculaire ne pouvant qu'être soupçonnée et encore par exclusion, je prescrivis des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine (quinze gouttes de la solution à 2 p. 100) des vésicatoires volants à la tempe et à l'oreille droite.

Un mois après, je revis M. R. L'état de l'œil était exactement le même que le jour de l'examen. La rétine n'est ni plus ni moins décollée ; le rétrécissement du champ visuel semble avoir un peu augmenté mais dans des limites très-restreintes. La tension intraoculaire n'avait pas varié. En revanche l'état général était moins bon. M. R..., se tourmentait beaucoup. Il avait notablement maigri ; les digestions étaient pénibles, et l'appétit presque nul. Il avait des insomnies, quoiqu'il ne souffrît pas. Il attribuait l'ébranlement de sa santé aux préoccupations que lui causait son œil.

Le diagnostic n'avait donc pas fait un pas bien considérable depuis le premier examen. Il fallait néanmoins tenir grand compte du mauvais état général du sujet. Je supprime les injections de pilocarpine et je prescrivis une potion iodurée à 1 gr. par jour.

Quinze jours après, M. R..., tenant compte de ma recommandation revenait me voir. Depuis la veille au matin, c'est à dire trente six heures environ, il avait souffert de l'œil malade, et depuis la veille au soir, les douleurs s'étaient irradiées dans le côté droit de la tête, en suivant les ramifications de la cinquième paire. Cornée transparente Injection périkeratique assez intense ; pupille légèrement dilatée. Dans la moitié inféro-interne de la chambre antérieure, l'iris était repoussé en avant, et venait presque s'accoler à la face postérieure de la cornée. Dans le reste de son étendue, la chambre antérieure avait conservé ses dimensions normales. Tension du globe notablement accrue ; à l'éclairage latéral, on voyait parfaitement une tumeur jau-

nâtre, de la grosseur d'une petite fève, occupant toute la région du décollement et repoussant les parties qui faisaient obstacle à son expansion. Le diagnostic de sarcôme de la choroïde s'imposait. Il n'y avait plus à hésiter. Tout retard dans l'intervention pouvait mettre la vie du malade en danger. L'énucléation de l'œil était indiquée. Elle fut pratiquée le lendemain 5 octobre, après anesthésie chloroformique. Les suites de l'opération furent des plus simples. Pansement antiseptique au sublimé. Six jours après, M. R..., retournait chez lui complètement guéri et n'ayant pas souffert un seul instant. L'œil artificiel n'a été appliqué que trois mois après, afin d'éviter toute irritation de la conjonctive. Il est très-bien supporté. Santé générale excellente. Le malade a engraisé, son appétit est revenu et toutes ses idées noires l'ont complètement abandonné. Il est redevenu gai et ne songe nullement à la perte de son œil.

Plus d'un an après, M. R..., se porte très bien. Il n'y a aucune menace de récurrence sur place et encore moins de généralisation à distance.

La pièce anatomique, préparée par M. le prof. Poncet, représente un énorme sarcôme mélané de la choroïde, que l'on ne saurait mieux comparer qu'à une grosse truffe. La tumeur avait pris naissance au pourtour du nerf optique, avait refoulé au devant d'elle la rétine en la décollant, et avait pris la place du corps vitré dont elle avait amené la résorption.

Observation XLIV

Mélano-sarcome de la choroïde.

(WEBSTER et JILSON. — *Bull. de la clin. ophthal. des Quinze Vingts*, n° 1. 1888, p. 37 et 40).

Ils ont observé un sarcôme de la choroïde chez une femme de 34 ans. La tumeur s'était développée pendant trois ans. On pratiqua l'énucléation. La tumeur occupait presque toute la moitié interne du globe de l'œil et avait déjà provoqué des métastases dans le nerf optique, visibles au microscope.

L'énucléation a été pratiquée il y a 2 ans ; sans récurrence jusqu'ici, ni dans l'orbite ni ailleurs.

Observation XLV

Mélano-sarcôme du foie, consécutif à un mélano-sarcôme de la choroïde.

(LITTEN. — *Sem. médicale*, 1888, p. 453).

En novembre 1884, un homme, âgé de 37 ans, vient consulter pour une tumeur du foie, remontant jusqu'à l'ombilic, dure et marronnée à la palpation. Au commencement de la même année, il avait subi l'extirpation d'un œil pour un sarcôme de la choroïde. Il mourut trois semaines après de sa généralisation au foie.

Observation XLVI

Sarcôme mélanique.

(C. HIGGINS. — *Ophth. soc.*, mai 1888).

La tumeur fut prise par plusieurs oculistes pour un cristallin opaque luxé. Neuf mois après l'énucléation, le malade mourut à la suite d'une énorme hypertrophie (tumeur) du foie.

Observation XLVII

Mélano-sarcôme des ligaments ciliaires.

(FANO. — *Jour. d'ocul. et de chir.* 1888, p. 162).

Enucléation de l'œil. Au bout de deux ans récidive à la paupière supérieure. Extirpation de la tumeur palpable. Guérison.

Observation XLVIII

Sarcôme mélanique de la choroïde.

(SARTI. — *Rivista clinica*).

Jeune homme de 22 ans, de la clinique de Bologne, atteint d'une grande tumeur à l'œil droit. Cette tumeur occupait tout l'orbite et débordait de 5 centimètres. Elle était couleur rouge-chair tirant sur le noir, dure, irrégu-

lière, ulcérée et adhérait à la conjonctive palpébrale. Le néoplasme fut extirpé par le P. Gotti qui dut enlever aussi les deux paupières et vider complètement l'orbite.

L'examen microscopique confirma le diagnostic de sarcôme mélanique à petites cellules rondes avec quantité de vaisseaux et extension de l'affection au tissu rétro-bulbaire ; il renfermait des cellules pigmentaires. Deux mois après l'extirpation, on constata une invasion de la tumeur dans les glandes préauriculaires et sous-maxillaires du côté correspondant, sans aucun symptôme de réapparition dans l'orbite.

Observation XLIX

Sarcome du corps ciliaire.

(Snell. Roy. — London, *ophth. hosp. rep.*, *Ann. d'ocul.* 1889, 2^e sem., p. 241).

Homme âgé de 74 ans. Après formation d'une cataracte, la région ciliaire prit une coloration noirâtre et devint staphylomateuse. L'œil fut énucléé, il renfermait un sarcôme pigmenté à cellules rondes, de la grosseur d'une fève.

Pas encore de récidence cinq ans plus tard.

Observation L

Tumeur endoculaire chez un enfant.

(BASEVI. — *Ann. di oftalmologia* et *Ann. d'ocul.* 1889, 2^e sem., p. 136.)

Enfant de trois ans et demi. Rien d'héréditaire. A l'œil gauche, léger œdème de la paupière supérieure ; hyperémie profonde de la conjonctive oculaire, hyphéma, altération profonde dans la couleur et la texture de l'iris ; l'examen ophtalmoscopique impossible par cause de l'opacité des milieux dioptriques. — On fait le diagnostic de gliosarcôme et l'énucléation de l'œil. — Une fois l'œil énucléé on trouve derrière, dans la cavité orbitaire, une masse fibreuse, résistante à la coupe, qui enveloppe complètement le nerf optique et qu'on enlève le plus soigneusement possible. A la surface externe du bulbe, on voit une masse de la grosseur d'une petite noix, à surface irrégulière entourant le nerf optique et qui apparaît sur la coupe de couleur blanchâtre et de consistance presque cartilagineuse. La cavité du bulbe est remplie par une masse solide, qui, dans la moitié nasale, est molle, jaune

claire, divisée en deux parties par une ligne obscure ; plus en avant il y a une substance brune qui présente, en correspondance du segment postérieur, des points colorés comme la masse jaune susdécrite. On ne peut pas trouver la disposition de la choroïde et de la rétine. La masse brune présente, à son centre, une lacune irrégulière. L'examen microscopique décèle que la masse jaune est constituée par une tumeur.

La substance brune représente les débris très altérés de la rétine. — La tumeur est constituée de cellules petites, rondes, entremêlées à des cellules fusiformes à plusieurs nucléoles. Pas de substance intercellulaire et de rares fibres connectivales ; nombreux vaisseaux à parois épaisses dans la tumeur ; des hémorragies interstitielles, surtout abondantes dans la portion rétro-bulbaire de la tumeur et des îles constituées par des cellules fusiformes, contenant des grains de pigment et ramassées dans le plus proche voisinage des vaisseaux. La rétine, repoussée en avant par la tumeur, est ramassée en replis derrière la lentille et ne conserve pas trace de ses éléments anatomiques. La choroïde, qui, dans la presque totalité, fait corps avec la tumeur, ne conserve que çà et là son épithélium pigmenté ; les procès ciliaires et l'iris sont réduits en volume, en vaisseaux, et d'aspect fibreux : la lentille est cataractueuse. Les éléments cellulaires de la tumeur s'étaient creusé une voie parmi les fibrilles de la sclérotique, et en correspondance de la pupille étaient sortis du bulbe à travers l'ouverture d'entrée du nerf optique.

Ainsi l'examen histologique modifia le diagnostic clinique et démontra que l'on avait affaire à un sarcome mélanotique, qui est originaire de la choroïde.

L'enfant succomba à la récurrence trois mois après.

Observation LI

(DUCAMP. — *Montpellier médical*, juin 1889, p. 333.)

Homme de peine âgé de 36 ans, entré à la clinique de Montpellier le 30 avril 1888. Atteint d'un traumatisme violent à l'œil droit quatre années auparavant, il avait perdu la vue de cet œil. Un mois avant son entrée à l'hôpital, une saillie staphylomateuse, traversant le sclérotique, était apparue près du bord supérieur de la cornée ; à peu près à la même époque, douleurs très vives et suintement sanguin à travers la pseudo-hernie scléroticale. Pas de chambre antérieure.

L'œil fut énucléé, la guérison normale. Mais cinq mois après, des douleurs vives furent ressenties par le malade au fond de l'orbite, indice d'une récurrence.

L'examen anatomo-pathologique confirma l'existence dans l'œil énucléé,

d'un sarcôme ossifiant, à disposition alvéolaire, renfermant des amas pigmentaires. Le néoplasme avait son point de départ à la partie supéro-antérieure de la choroïde, très près des procès ciliaires. Il avait envahi tout l'intérieur de l'œil et fait en dernier lieu issue au dehors, en rabattant dans la perforation un des procès ciliaires. L'état général est resté bon.

Observation LII

Primary sarcoma of the iris.

(Par COLLINS. — Roy, *London ophth. hosp. Reports* XII, 3 p. 273, 1890.)

Sarcôme mélanique à cellules rondes, dont le point de départ est la partie inférieure de l'iris. Des noyaux disséminés se développent dans les diverses régions de l'iris et la tumeur gagne les procès ciliaires, l'angle irido-kératique et la périphérie de la cornée. Il n'est donc pas étonnant qu'elle donne lieu à des phénomènes glaucomateux.

A ce propos l'auteur note que dans certains cas l'iridectomie a paru donner de bons résultats, mais, comme l'excision partielle est rapidement suivie de récurrence, il vaut mieux faire l'énucléation alors même que la vision n'est pas altérée. On n'a pas noté de récurrence après l'énucléation dans 18 cas : reste à savoir pendant combien de temps les malades ont été observés. Dans l'observation citée plus haut le malade allait bien 17 mois après l'opération.

Observation LIII

Sarcôme pigmenté de l'œil gauche.

(J. A. DE GAMA. — *Brit. méd. Journ.* 10 oct. 1887, p. 830 et *Revue gén. d'ophth.* 1888, p. 182.)

La tumeur recouverte par la paupière supérieure repoussant l'œil en bas. La tumeur ayant été enlevée avec l'œil, il n'y eut aucune récurrence un an après l'opération.

Observation LIV

Mélano-sarcôme de la choroïde. — Enucléation. — Trois récurrences. Mort.

(VANHOUTE. — *Th. de Paris*, 1889. Obs. personnelle. Résumé.)

Henri D..., facteur, 51 ans, consulte M. Dujardin pour affection glauco-

mateuse de l'œil droit, avec perte complète de la vue. Début de maladie depuis plus d'un an ; depuis quelques semaines, fréquentes douleurs.

Le globe oculaire présente tous les signes de la dégénérescence glaucomateuse, à un stade très avancé ; l'œil droit est augmenté de volume et d'une dureté excessive.

Ablation de l'œil pratiquée dans les premiers jours d'avril 1887. Pendant l'opération, la coque se vide partiellement par un point de la sclérotique très-aminci et noirâtre. On soupçonne une tumeur mélanique intra-oculaire : l'autopsie et l'examen histologique montrent l'existence d'un mélano-sarcôme, ayant envahi tout le segment postérieur de l'œil.

Période de répit de très courte durée ; le 9 mai, douleurs intra-orbitaires ; la récurrence n'étant pas douteuse, il est procédé à l'ablation du néoplasme. Réunion obtenue par première intention.

En février 1888, une nouvelle récurrence se manifeste ; le patient souffre beaucoup, la tumeur acquiert un volume considérable, elle repousse les paupières qui sont œdémateuses. Le malade souffre de tout le côté droit, il demande une opération aussi large que le comportent les besoins.

Le 24 février, nouvelle opération. Guérison normale. A la fin d'avril suivant, dernière récurrence, pour laquelle le malade demande encore une opération ; il ne peut plus dormir tant les souffrances sont vives. Etat général déjà altéré, amaigrissement, pâleur, diminution des forces.

Sur ses instances, le malade est opéré le 24 avril ; ablation partielle de la tumeur, une partie adhérente à la partie la plus reculée du sinus maxillaire ne peut être enlevée. Pansement antiseptique. Le malade ne souffre plus, il est fatigué, somnolent. Épuisement rapide. Mort : l'autopsie n'a pu être faite.

Observation LV

Sarcôme mélanique de la choroïde. — Iridectomie.

Enucléation. — Récurrence. — Cachexie et mort.

(VANHOUTTE. — *Th. de Paris*, 1889)

Mlle Hort..., 56 ans, consulte M. Dujardin en 1884, pour affection de l'œil droit ayant débuté il y a un an et ayant perdu la vue. Œil gros, hypertension du globe considérable, douleurs violentes, glaucôme subaigu. Iridectomie amène détente momentanée : les douleurs cessent complètement pendant trois semaines, mais reparaissent, augmentant progressivement au point de ne plus laisser un instant de répit.

L'ablation est proposée et acceptée. Sur le globe oculaire dépouillé de la

conjonctive, plusieurs bosselures scléroticales, noirâtres. L'autopsie de l'œil montre un sarcôme mélanique de la choroïde, avec refoulement en avant du cristallin et de l'iris. La sclérotique, très amincie au niveau des bosselures signalées, était certainement prête à s'ouvrir sous l'effort de la pression intra-oculaire exagérée, due à l'accroissement de la tumeur.

Après une période de calme de peu de durée, récurrence du néoplasme dans l'orbite avec infection ganglionnaire et cachexie cancéreuse qui ne permettent pas une nouvelle intervention chirurgicale.

Le malade meurt d'épuisement huit mois après l'énucléation de l'œil.

Observation LVI

Mélano-sarcôme de la choroïde. — Enucléation de l'œil. Récurrence.

(VANHOUTE. — *Th. de Paris*, 1889).

X..., 52 ans, demeurant à Roubaix, a été opéré il y a 12 ans, d'une iridectomie pour une affection glaucomateuse ayant aboli entièrement la vision. En 1885, il se plaint de douleurs fréquentes dans l'œil gauche : hypertension du globe avec injection périkeratique. Bosselures scléroticales noirâtres sous la conjonctive bulbaire faisant soupçonner un néoplasme mélanique intraoculaire.

Enucléation pratiquée quelques jours après. Pendant l'opération, la coque oculaire se vide en partie au niveau d'une des bosselures, par suite de l'amincissement du tissu scléral.

L'examen microscopique a confirmé l'existence d'un sarcôme choroïdien mélanique remplissant toute la cavité de l'œil.

Au bout d'un an, commencement de récurrence : le malade doit renoncer à porter son œil artificiel. Nodosités cancéreuses dans la cavité orbitaire, paupières refoulées en avant ; engorgement des ganglions sous maxillaires : douleurs de tête fréquentes. On parle au malade d'une nouvelle intervention chirurgicale, de la nécessité de pratiquer le curage de l'orbite. Cette perspective décourage probablement le malade, car depuis nous ne l'avons plus revu.

Observation LVII

(De M. le professeur agrégé ROHMER. — Personnelle).

Mme X..., 43 ans, est atteinte depuis 5 ans d'une affection de l'œil gauche pour laquelle elle a consulté plusieurs spécialistes : il y a deux ans, le professeur

Laqueur, de Strasbourg, a diagnostiqué une tumeur intra-oculaire et proposé l'énucléation que la malade n'a pas acceptée. La vue est perdue totalement depuis trois mois, et depuis cinq à six mois, la malade souffre beaucoup.

Actuellement, on constate que le globe de l'œil est légèrement saillant, la pupille moyennement dilatée est obstruée par une opacification du cristallin qui ne permet pas l'examen du fond de l'œil. Le globe est très-dur, et sa tension peut être évaluée au moins à $+ T^2$. Au niveau du segment inféro-interne de l'œil, sous la conjonctive, et à quelques millimètres de la cornée, cachée en partie par la paupière inférieure, est une production d'aspect bizarre, analogue à de grosses veines dilatées, variqueuses, s'enchevêtrant et qui se prolonge vers l'équateur et la partie postérieure du globe; en enfonçant le doigt dans l'orbite, on ne sent aucune tumeur de ce côté; le globe de l'œil est doué de tous ses mouvements qui ont une excursion normale. On diagnostique un néoplasme, probablement un sarcome mélanique de l'œil qui a rompu sa coque et a fusé à l'extérieur. L'énucléation est proposée, et acceptée, mais avec regret par la malade. Toutefois, on fait cette restriction, que la conjonctive qui recouvre la néoplasie devra probablement être enlevée et que cette ablation large empêchera peut-être plus tard la pose d'un œil artificiel.

L'opération fut exécutée le 11 février 1890; et voici les particularités intéressantes qu'elle présenta. Tout d'abord, la conjonctive qui recouvrait la tumeur en avant et qui semblait être envahie par elle, put être très-facilement disséquée et ménagée. De plus, lorsque tous les muscles et le nerf optique eurent été sectionnés, on ne fut pas peu étonné, en enlevant le globe de l'orbite, d'arracher avec lui, une véritable grappe noire appendue à sa partie postérieure, et qui s'énucléa spontanément du tissu cellulaire orbitaire; cette grappe néoplasique avait une consistance assez dure, qui permettait facilement de la distinguer des tissus environnants: or, le doigt promené dans l'orbite ne permit de sentir absolument aucun débris de néoplasme qui eût pu rester dans le tissu cellulaire.

La guérison s'effectua normalement en quelques jours.

Mais voici la description du néoplasme: La grappe dont j'ai parlé était composée d'une dizaine de filaments centraux, après lesquels étaient appendus comme des grains noirs de diverses grosseurs, et qui diminuaient de volume à mesure qu'on s'éloignait de l'œil pour aller vers l'orbite; ces grains avaient un volume variant de celui d'un petit pois à celui d'un grain de chènevis. Tous ces filaments viennent s'implanter en une masse unique située sur le demi-segment interne de l'œil, entourant le nerf optique sans l'envahir, et s'avancant jusque près de la cornée; c'est ce prolongement antérieur qu'on voyait sous la conjonctive, avant l'opération.

L'œil fendu horizontalement permit de voir que le néoplasme avait pris naissance au niveau du corps ciliaire, dans le segment interne du globe, à

peu près vers l'insertion du droit interne. La tumeur s'était développée à peu près comme un gros pois, qui avait perforé la sclérotique et était venu se répandre à l'extérieur, y poussant les prolongements orbitaires que nous avons décrits plus haut, en respectant la cavité même du globe oculaire. La rétine était en partie décollée, et le corps vitré ramolli, avait donné lieu à une opacification du cristallin.

L'examen au microscope pratiqué par M. Baraban, a démontré qu'il s'agissait manifestement d'un sarcome mélanique.

L'opération a été pratiquée il y a quatre mois ; et jusqu'alors, il n'y a pas eu de récurrence, ni locale, ni générale.

Observation LVIII

Mélano-sarcôme de l'orbite.

(DE LAPERSONNE. — *Bull. méd. du Nord*, n° 2, 24 janv. 1890).

Homme âgé de 53 ans, opéré, il y a quinze ans, d'iridectomie pour des accidents glaucomateux ; à la suite, vision abolie et douleurs vives périodiques ; voilà cinq ans, énucléation de l'œil pour une tumeur mélanique ; récurrence rapide et au bout de quatre ans, la tumeur remplit l'orbite sans envahir les cavités voisines, sans traces de généralisation. Exentération complète de l'orbite, et un an après pas de récurrence ni de généralisation, Laps de temps considérable, si on en juge par la rapidité habituelle de la venue de ces accidents.



TRAITEMENT

Certains auteurs, dont nous avons déjà parlé, moins convaincus que les autres de la malignité des tumeurs mélaniques ont, en conséquence, songé tout d'abord à les traiter par les moyens les plus simples, à recourir à un traitement médical.

Le premier qui ait écrit dans ce sens est un médecin anglais, W. Norris (*Schmid's Jahrbücher*, B. XXI, p. 383, 1847, et B. XCIII, p. 24) : il recommandait le sel marin et l'arsenic comme moyen curatif de la mélanose, pensant qu'elle était due à un excès de carbone dans le sang. Foltz, de Lyon, reprit cette idée en 1849, mais, tout en préconisant les altérants, les dépuratifs, les fondants, les purgatifs, il conseillait, au cas où leurs effets seraient insuffisants, de recourir à l'opération appropriée. Puis ce fut Sichel, qui, à propos d'un cas de mélanose, s'exprime ainsi (*Gazette des Hôpitaux*, 1844, n° 132) « L'extirpation de l'œil est une opération excessivement douloureuse, plus redoutable encore par la fréquence des rechutes qui en sont la suite que par les dangers réels qu'elle présente. Aussi ne la pratiquons nous qu'à notre corps défendant et quand nous nous trouvons dans l'impossibilité absolue d'agir d'autre manière. précepte qui, pour le dire en passant, doit, selon nous, être dans tous les cas la règle du chirurgien consciencieux, » et plus tard dans l'Iconographie ophthalmologique (§ 683, p. 548, Paris, 1852-1859) : dans la première période de la mélanose oculaire, on peut espérer provoquer l'atrophie du globe et avec lui la production morbide quand on arrive à temps ; dans la deuxième période il est presque toujours trop tard. Les moyens à employer sont le traitement antiphlogistique, dérivatif et résolutif, les émissions sanguines locales et générales, les purgatifs, les antiplastiques. A ces moyens il faut associer tous ceux qui peuvent améliorer la constitution et faire cesser les complications et l'action des causes générales. Parmi ces dernières se trouvent très fréquemment la pléthore abdominale, la

dysménorrhée et la disposition hémorrhoïdale, auxquelles il convient d'opposer, outre les moyens déjà mentionnés, les emménagogues (gommes, féculacées, sabine) les préparations de soufre et les aloëtiques. — On a, par cette méthode, observé plusieurs fois une marche rétrograde dans les affections mélaniques et cancéreuses de l'œil. Nous l'avons nous même amenée par les procédés indiqués ci-dessus. » Malheureusement, en dépit des faits avancés par Sictiel, il a été reconnu que l'atrophie durable et définitive du globe de l'œil est trop rare pour qu'on puisse y compter d'une façon certaine.

En principe, le grand inconvénient de ces traitements est qu'ils font perdre un temps précieux et qu'ils permettent à l'affection d'arriver à la période où il n'est plus temps d'agir. Cela suffit pour que nous n'insistions pas davantage sur leur emploi. Voyons maintenant si les moyens chirurgicaux vont nous être plus fidèles.

Il peut arriver que des malades ne viennent consulter un médecin que lors de la période glaucomateuse ; dans ces conditions, les milieux de l'œil peuvent avoir perdu leur transparence, l'examen ophtalmoscopique est impossible et les signes de la tumeur existante passant inaperçus, on croit avoir affaire à un cas de glaucôme simple, on pratique l'iridectomie. Or, on a incriminé cette opération, on l'a accusée de donner un coup de fouet au néoplasme et de le faire évoluer plus vite ; mais il nous semble bien plus évident que l'iridectomie, pratiquée dans ces conditions, n'aura aucun effet nuisible, bien au contraire elle produira une amélioration passagère, de courte durée il est vrai, en diminuant la tension et les douleurs, quelquefois même en atténuant le trouble des milieux, permettant par là de voir le fond de l'œil et d'établir définitivement le diagnostic. Il en est de même de la paracentèse de la chambre antérieure. Quant à y voir une action favorable sur la marche de la tumeur, il n'y faut pas songer un seul instant, car peu de temps après, l'affection reprend son cours et la réapparition rapide des phénomènes glaucomateux fait voir d'une façon certaine que le glaucôme n'était que secondaire. Ces moyens ont, comme les précédents, le grave inconvénient de retarder une intervention plus active.

Reste le mode d'action le plus radical, l'extirpation de la tumeur avec l'œil, l'énucléation, qui est le procédé de choix. Voici comment Brière s'exprime à ce sujet dans sa thèse :

« Nous avons résumé dans deux mots latins, *principiis obsta*, l'indication générale que nous jugeons la meilleure dans tous les cas de Mélando-sarcômes. S'opposer aux débuts du mal et chercher à en faire disparaître tous les germes alors qu'il y a lieu de supposer qu'ils sont encore circonscrits et isolés du reste de l'organisme par les enveloppes de l'œil, telle est la conclusion thérapeutique à laquelle nous sommes arrivé après avoir dépouillé et analysé toutes les observations que nous avons pu rencontrer dans les ouvrages français et étrangers. Si cette indication générale est jugée un peu trop radicale, on peut se reporter à nos statistiques et on se convaincra de nouveau des funestes résultats auxquels on arrivait autrefois, lorsqu'on ne faisait le diagnostic de la mélanose intra-oculaire qu'à la troisième période de son évolution, auxquels on arrivera encore fatalement si, sans profiter des renseignements que nous donne encore assez souvent l'ophtalmoscope, ou ceux fournis par la période glaucomateuse des tumeurs, on laisse ces affections malignes perforer l'enveloppe oculaire et se répandre dans l'orbite. Mais pour donner un conseil aussi terrible que l'ablation d'un œil, surtout quand il n'est pas le siège de symptômes extérieurs alarmants, il est important de s'entourer de l'assentiment des hommes les plus accrédités qui ont écrit sur le cancer de la vue. » C'est pourquoi, à son exemple, nous avons réuni l'opinion de quelques auteurs sur le traitement des sarcômes de la choroïde et de la mélanose oculaire.

C'est Lawrence, le premier, qui a bien formulé les indications du traitement de la mélanose ; il y a d'autant plus de chances de succès que l'on procède plus tôt à l'opération. Mais quand l'ulcération s'est déjà manifestée, il est à craindre que le mal ait déjà envahi le nerf optique et le cerveau. Toujours, dans ces cas, le pronostic est douteux ; le plus souvent, le malade meurt après l'opération des suites d'une maladie secondaire du foie. (*Ann. d'ocul.* 1838, t. I, p. 33).

Malgaigne s'exprime ainsi (*Gaz. des hop.*, 1841, t. III, p. 220) : Il n'y a d'autre moyen curatif que l'extirpation et l'extirpation totale, et l'on sait par combien de doutes et d'incertitudes il faut passer pour arriver au point où elle est bien indiquée, sans que la maladie ait fait trop de progrès et que l'économie tout entière soit atteinte, et (in : *Jour. des connaiss. méd, chir.*, t. X, 1843, p. 179). Les cancers de l'œil, lorsqu'ils ont été enlevés, repoussent avec une

violence et une opiniâtreté dont on n'a pas idée, aussi beaucoup de chirurgiens se demandent si on doit opérer? Velpeau répond par l'affirmative et il allègue pour raison que l'on *compte quelques exemples de guérison* et qu'on ne risque rien à opérer puisque la maladie ne fait jamais grâce et qu'elle tue tôt ou tard.

Sichel, dont nous avons vu les répugnances à intervenir quand il ne le faut pas absolument, ne craint pas d'ajouter : Cependant cette crainte de provoquer une violente douleur ne nous arrête pas un seul instant, lorsque nous nous sommes convaincus que l'opération est nécessaire. Autant il est du devoir du chirurgien de l'éloigner le plus possible, autant il serait coupable s'il hésitait, lorsque le salut du malade l'exige, lorsque la nature de l'affection inspire des craintes sérieuses pour la vie du sujet.

Stœber en 1853 (*Ann. d'ocul.* t. XXX, p. 264, 1853) : Je ne ferais plus en 1853 ce que j'ai fait en 1830, je ne resterais pas spectateur des progrès d'une affection que je considère comme maligne. Dans un cas pareil, je pratiquerais sans hésitation l'extirpation du globe de l'œil. *Melius anceps remedium quam nullum.*

Galezowski (*Mal. des yeux*, p. 711) : Plus vite l'extirpation sera exécutée, plus on pourra espérer enrayer la maladie dans son germe, chercher à enlever le nerf optique le plus loin possible en arrière, puisqu'on sait que c'est le long de ce nerf que la maladie se propage si souvent. Dès qu'on aura trouvé la sclérotique perforée dans un endroit par la tumeur, il y aura nécessité d'enlever tout le tissu cellulaire de l'orbite et de cautériser le fond avec le fer rouge, afin de prévenir les récidives.

De Wecker (*Mal. des yeux*, t. I. Paris 1867) : Le traitement de ces tumeurs consiste à les enlever le plus tôt possible. Dès le moment où la présence d'une tumeur est reconnue et l'œil affecté perdu pour la vue, tout retard dans l'intervention chirurgicale devient funeste. En pareille circonstance, il vaut beaucoup mieux extirper un œil qui, par suite d'une choréïdite parenchymateuse, se serait atrophié spontanément, qu'encourir le reproche d'avoir inutilement abandonné le malade à ses souffrances et de l'avoir exposé à voir son mal gagner le fond de l'orbite, de telle sorte que toute opération fût devenue inutile, la métastase venant à se produire dans le foie ou les autres organes.

Hasner de Prague et Giraud Teulon (*Ann. d'ocul.*, 1866, p. 71). Il importe peu que l'on ait telle ou telle opinion sur la cure radicale du cancer par l'opération. *Il n'est pas encore parfaitement établi que tout cancer récidive. Souvent ils ne se reproduisent qu'après un grand nombre d'années. Mais ne pût-on espérer qu'une année de répit, l'opération serait encore indiquée.*

Knapp en 1868: Le traitement peut se résumer en quelques mots: Si le diagnostic est certain, on ne doit pas tarder de faire l'énucléation pour profiter du moment où la maladie est encore intrabulbaire. Quand il existe des foyers secondaires dans l'orbite ou une récidive locale, l'extirpation totale du contenu orbitaire est indiquée.

De Græfe en 1869, (*Ann. d'ocul.* t. XLI, 1869, p. 75) se prononce en faveur de l'opération: « L'énucléation du globe est le seul moyen qui guérit. »

Hasket Derby (*Un. méd.* 1872): « Il est certainement douloureux pour le médecin de conseiller l'ablation d'un œil, même quand l'aspect de cet œil paraît normal et que le malade y voit pour lire et pour écrire: Mais la certitude qu'il a acquise sur la nature d'une tumeur qui peut atteindre le foie et d'autres organes et se terminer fatalement, peut le rendre fier envers la science qui a mis entre ses mains le moyen de secourir un malade.

Sœlberg Wells (*Tr. des mal. des yeux.* Paris, 1875): Le traitement à adopter pour ces tumeurs est l'extirpation de l'œil aussitôt que le diagnostic est établi avec certitude.

Follin et Duplay (*Tr. de Path. ext.*, t. IV, p. 36): Le seul traitement consiste à faire, aussi rapidement que possible, l'énucléation du globe de l'œil quand la tumeur est intra-oculaire. Si elle a envahi l'orbite et si l'examen attentif des parties, l'absence de troubles fonctionnels du côté du cerveau permettent de supposer qu'elle est encore exclusivement contenue dans l'orbite, on peut tenter l'extirpation, mais sans se faire illusion sur les chances probables d'une récidive. On devra s'abstenir de toute intervention chirurgicale, si l'on soupçonne quelque complication du côté de l'encéphale ou une généralisation de la tumeur.

Meyer (*Man. des mal. des yeux.* Paris, 1873): Le traitement de ces tumeurs consiste uniquement à les enlever le plus tôt possible. Ce précepte a surtout sa valeur lorsque la tumeur est encore restreinte

à l'œil et que l'individu ne montre aucun symptôme de diathèse générale. En cas contraire, l'opération est bientôt suivie de récidence ou de l'apparition de tumeurs analogues dans d'autres parties du corps et l'intervention chirurgicale paraît alors accélérer la marche générale de la maladie. Lorsque l'œil seul est atteint, on pratique l'énucléation du globe.

De Wecker et Landolt (*Tr. complet d'ophthalm.* Paris, 1884) : Quelle triste que soit la perspective pour l'avenir du malade, il s'impose comme traitement d'agir, une fois le diagnostic établi, avec la plus grande promptitude et d'énucléer. Il faut énergiquement combattre le préjugé d'après lequel l'opération hâterait la récidence par métastase. Il en est autrement lorsque manifestement des métastases existent déjà du côté du foie et de l'estomac. Ici la question peut se poser si l'on doit soumettre encore le pauvre patient à une opération émouvante ; mais même en pareil cas l'indication peut être établie lorsque de vives douleurs ou de fortes pertes de sang le tourmentent. L'état de faiblesse du malade ne peut jamais fournir une contreindication pour une opération qui n'expose qu'à une perte minime de sang. On s'efforcera toujours de sectionner le nerf optique aussi loin que possible.

Kirmisson (*Tr. de Path. ext.* t. II.) : C'est à l'énucléation du globe qu'il faut avoir recours ; quand la tumeur a poussé des prolongements dans la cavité orbitaire, il faut pratiquer l'ablation de toutes les parties molles de l'orbite. L'iridectomie ne serait utile que pour combattre les accidents glaucomateux si le malade refusait l'énucléation.

Les chirurgiens allemands sont aussi entrés dans cette voie. Dietrich, dans un travail paru dans les archives de Langenbeck en 1867 et où il reproduit les idées de son maître Czerny conclut à une extirpation hâtive et large de toute tumeur mélanique. En dehors de l'influence favorable que possède l'opération au point de vue des douleurs et des hémorrhagies, il fait valoir cet avantage que dans la plupart des cas la vie est prolongée, quelquefois assez longtemps, plus souvent d'une quantité minime. (Boulay, *Arch. de méd.*, 1888, p. 138).

Pour ne pas multiplier à l'infini les citations, qu'il nous suffise d'ajouter que la plupart des auteurs se sont prononcés en faveur

de l'opération hâtive. Quelques-uns se sont émus de ce principe et voulaient que l'on attendît quelque temps, pour bien assurer le diagnostic. Fritsch est du nombre, il repousse toute opération avant la fin de la deuxième période. Cette réserve était parfaitement compréhensible à l'époque où l'on ne possédait pas encore l'ophthalmoscope ; aujourd'hui que le diagnostic peut-être établi de très-bonne heure, grâce à cet instrument, elle n'est plus admissible. En cas de doute, il est bien évident qu'il n'y a pas à intervenir : mieux vaut garder le malade quelque temps en observation que d'opérer trop hâtivement.

Mais, pour pouvoir appliquer les règles énoncées, il est essentiel que le malade se présente à la première ou à la deuxième période de son affection, or que de gens insoucians ou inintelligents ne viennent consulter un médecin que quand les désordres sont devenus irréparables, quand la rupture du globe est déjà produite. Qu'y a-t-il à faire dans ces cas ? Doit-on intervenir ? Doit-on s'abstenir ? Quelques auteurs, partisans de l'opération dans les deux premières phases, la repoussent si l'on n'observe la maladie qu'arrivée à ses dernières périodes. Macnamara est du nombre : dans la première période de la maladie, dit-il, nous avons raison de faire l'ablation de l'œil, mais plus tard, je doute beaucoup que l'extirpation soit bien indiquée. Dans un ou deux cas que j'ai observés dans ma pratique, j'ai refusé l'opération et je n'ai pas eu à le regretter : Dans un cas, le malade est mort peu de temps après m'avoir consulté, et, sans doute, si j'avais fait l'opération, on aurait dit qu'elle était la cause de la mort.

Mais l'opinion de la majorité des auteurs est autre, voici en quels termes elle est énoncée par Brière : Si l'état général est bon, si l'examen minutieux de toutes les fonctions des différents viscères n'autorise pas à admettre une cachexie ou un état diathésique, l'œil fût-il rompu depuis longtemps et aurait-on trois chances contre quatre d'insuccès, on devrait opérer sans aucune considération personnelle, si par le secours de l'art le chirurgien donne au malade une chance sur cent de guérir alors qu'il en avait cent sur cent de mourir à bref délai. En revanche, nous conseillerons l'abstention chaque fois qu'on observe des signes évidents et palpables de métastases ; mais sauf cette exception, c'est

un devoir d'agir et de faire abstraction de toute idée qui pourrait porter à s'abstenir.

Du mode opératoire, nous ne dirons presque rien : l'énucléation par la méthode de Bonnet est trop facile, trop employée pour que nous ayons à nous y arrêter. Un conseil très important est de couper le nerf optique le plus loin possible, car la propagation peut se faire le long de lui. Pour cela, on saisit le globe de l'œil avec des pinces à fixation, et on le tire fortement hors de l'orbite et en avant dans la direction de l'axe de ce nerf, qui, ainsi tendu, se présente bien aux ciseaux qui vont le couper le plus près possible du trou optique. Il serait même prudent d'examiner sa surface de section par un examen au microscope, afin d'en couper un nouveau tronçon si celle-ci n'est pas saine. Faites avec les précautions antiseptiques nécessaires, cette opération doit guérir en quelques jours. De l'iodoforme finement pulvérisé est introduit dans la plaie ; par dessus les paupières une éponge phéniquée assurée par une compression régulière et énergique, surtout au côté interne, suffit dans tous les cas à prévenir les hémorrhagies. Vingt-quatre heures après, on lève le pansement et on le renouvelle de la même façon. Au bout de peu de temps la cicatrisation est faite.

Mais quand le néoplasme a déjà envahi, en dehors du globe, le tissu de l'orbite, l'énucléation simple ne suffit plus, il devient indispensable d'extirper toutes les parties atteintes. C'est à cette façon d'agir que Sichel a donné le nom particulier d'énucléo-extirpation ou mieux d'énucléo-dissection (*Gaz. méd. de Paris*, 1867, n° 27, p. 416). Meyer (*Man. des mal. des yeux*. Paris, 1873) dit : On commence par prolonger l'angle palpébral externe au moyen d'une incision faite avec le bistouri. Après avoir fixé le globe oculaire avec une érigne, on dissèque les paupières en séparant leur face interne du globe de l'œil et on le renverse en haut et en bas. On continue l'opération en enlevant d'abord le globe de l'œil dans sa totalité, puis successivement tous les tissus de l'orbite que l'on soupçonne atteints du mal. Il faut explorer soigneusement la cavité orbitaire et partout où l'on découvre du tissu malade, on l'excise soigneusement jusqu'à l'os. Au besoin, on rugine le périoste et l'on peut être contraint d'enlever une partie de la paroi osseuse. L'hémorrhagie quelquefois considérable doit être combattue par des

injections d'eau et par le tamponnement, puis on reunit la commissure externe au moyen de simples sutures. Le tamponnement fait suppurer les parties molles, mais ce n'est pas un mal dans ce cas.

Richet conseille même de vider toujours complètement l'orbite des parties molles qu'il contient : « Pour éviter, autant que possible, la récédive sur place et la propagation, toutes les fois que je fais une énucléation, j'ai bien soin de dépasser les conseils de Bonnet de Lyon. J'enlève les parties molles placées en arrière de l'œil. Cette précaution n'est pas inutile ; car il en est du tissu rétro-oculaire comme des ganglions de l'aiselle dans les tumeurs du sein. J'ai donc posé ce précepte que, dans les cancers mélanotiques du globe, il faut simultanément enlever ce globe et les tissus rétro-oculaires. » (Leçon de M. le professeur Richet, recueillie par Bellouard 1870.)

Le but unique, on le comprend, étant de faire disparaître toutes les traces du sarcôme ayant envahi l'orbite, peu importe que l'on emploie à cet effet, le bistouri, ou le thermocautère. Cependant on s'est prononcé contre ce dernier, Richet, entre autres, qui l'accuse d'avoir produit des inflammations de l'encéphale et des méninges et à ce titre, en repousse énergiquement l'usage. Guérmonprez partage aussi cette manière de voir ; il conclut que l'action du thermocautère est de nature à imprimer une certaine activité à l'évolution des tissus voisins du néoplasme enlevé et il arrive à penser que la récédive survient plus rapidement quand l'exérèse est pratiquée au moyen du thermocautère, au lieu d'être faite au bistouri. On a aussi employé la suppuration des parties molles péribulbaires entretenue par un tampon de charpie, l'action des caustiques sur les parois orbitaires ; mais cette dernière méthode doit être surveillée de près car elle peut produire des accidents graves. Tous ces moyens sont recommandables en ce sens qu'ils cherchent à détruire jusqu'au dernières traces de la tumeur ; toutefois, la prudence semble conseiller plutôt l'emploi de la rugine et le râclage de l'os.

L'enlèvement de la glande lacrymale allonge inutilement l'opération, on ne doit y toucher que quand elle est désorganisée par l'envahissement néoplasique.

Un œil artificiel est beaucoup plus difficile à appliquer dans ces conditions, car le manque d'un moignon qui puisse s'adapter par sa convexité dans la concavité de la pièce artificielle est une

circonstance défavorable pour la pose de celle-ci. Néanmoins, la prothèse oculaire est possible quoique peu recommandable après l'enlèvement des tumeurs à cause des récidives plus faciles. (De Grœfe. *Ann. d'ocul.*, 1869).

L'énucléation, pratiquée dans ces conditions, a donné un certain nombre de résultats durables, comme Lagrange se plaît à le constater : Dans tous les cas, elle prolonge la vie en retardant la cachexie. On devra toujours procéder le plus rapidement possible à l'ablation des récidives.

Si le malade se présente dans un état tel que tout espoir de guérison soit complètement perdu, s'il présente déjà des traces de généralisation avancée, l'opération pourra quand même être pratiquée, s'il est tourmenté par de vives douleurs ou de fortes hémorrhagies. Si au contraire, sa situation est encore tolérable, la règle est de s'abstenir. L'existence de ganglions engorgés ne contrindique pas l'opération s'il sont petits, peu nombreux et mobiles.

Pour se rendre compte, autant que possible, si la mélanose n'est pas encore généralisée, il faut explorer avec soin les divers organes ; mais l'un d'eux peut déjà être envahi silencieusement, sans que le malade ou le médecin ne s'en doute.

On a donc cherché un signe permettant de juger si la généralisation a déjà commencé à se produire ou non : Lorsque dans un cas de sarcôme de la choroïde, dit Masselon, (*Encyclopédie de chirurgie*, t. 5., p. 289) on pratique l'énucléation avant l'apparition de symptômes glaucomateux bien accusés, le mal n'offre guère de tendance à la récidive locale ; mais le plus souvent, le germe d'une tumeur métastatique a déjà été déposé dans le foie avant toute intervention chirurgicale. S'il s'était déjà produit un envahissement du tissu épiscéral il ne faudrait opérer qu'après un examen microscopique du sang, démontrant que l'on n'a pas à redouter une métastase généralisée. (Voir Clauzel. *Th. de Paris*, 1874. *Diagn. des tum. mélan. par l'exam. microscop. du sang, des urines et des crachats*).

Suivant Nepveu (*Soc. de Biologie*, 1874), la présence du pigment mélanique dans les globules blancs constitue une contrindication à l'extirpation. Cet auteur a fait une remarque assez curieuse : il existe dans le sang des sujets atteints de cancer mélanique des granulations intravasculaires libres pouvant former des embolies et même causer

des accidents cérébraux. Dans ce cas, si on opère la tumeur originelle, on voit ces granulations diminuer de nombre et d'importance, et ne reprendre un nouvel accroissement que si la tumeur reparaît. L'opération n'est donc pas seulement palliative.

L'opération dans ces cas avérés de métastase sera toujours inutile; elle paraîtrait même accélérer la marche générale de la maladie.

A la suite d'énucléation d'yeux, on a pu observer des cas de mort par méningite. C'est pourquoi, un certain nombre d'auteurs ont eu l'idée de le remplacer par des opérations partielles: l'exentération ou ablation de l'hémisphère antérieur de l'œil, opération d'ailleurs absolument délaissée aujourd'hui, pouvant être appliquée aux mélano-sarcômes de la région antérieure de l'œil, lesquels comme on le sait, sont plus rares que les autres, l'énucléation ou évidemment de la coque oculaire, en respectant celle-ci, de façon à avoir un moignon plus avantageux. Ces méthodes sont à rejeter entièrement de la thérapeutique du mélano-sarcôme de l'œil, car elles ont le grand défaut de ne pas être assez radicales et de laisser subsister trop facilement des parties sarcomateuses au milieu des autres. La récurrence se produirait en fort peu de temps et l'on serait toujours obligé de recourir en fin de compte à l'énucléation, mais cette fois avec moins de chances de succès que l'on n'en aurait eu auparavant.

Les sarcômes mélaniques de l'iris étant plus accessibles que ceux des parties postérieures de l'œil, on a eu l'idée de leur appliquer un autre mode de traitement. Tel n'est pas cependant l'avis de Abadie (*Dict. de Jaccoud*, art. Iris): ces tumeurs, dit-il, demandent l'énucléation de l'œil aussi bien que les tumeurs choroïdiennes. Hirschberg demande aussi l'énucléation, malgré l'intégrité presque complète de la vision dans l'œil malade. Little (*Ophthalmic review*, 1882) rapporte un cas de guérison de sarcôme pigmenté de l'iris à la suite de l'ablation simple du néoplasme et de la partie correspondante du diaphragme irien (obs. 16). Duplay préconise également l'excision large de l'iris dans le point qui supporte la tumeur. Pour cela, il faut bien évidemment avoir soin d'intervenir dès le début afin d'enlever d'une façon complète les parties atteintes et d'éviter l'extension rapide que prend la tumeur au niveau des points épargnés. Autrement, il est beaucoup plus sûr de faire d'emblée l'énucléation, comme le veulent les auteurs précités.

Disons encore un mot d'un procédé nouveau d'opération partielle, publié par le docteur E. Rolland de Toulouse, dans le recueil d'ophtalmologie (Janvier 1890, p. 25) sous le nom de sclérotomie extractrice : il s'agit d'un cas de mélano-sarcôme intraoculaire extrait par une incision de la sclérotique avec conservation totale de la vision.

Voici en quels termes il rapporte le fait :

Observation LIX

Le 1^{er} mars 1889, notre distingué confrère, M. le docteur Ferras, médecin consultant à Luchon, avait l'obligeance d'adresser à notre consultation, M. X., de Luchon. Ce malade, âgé de 32 ans, est doué d'une robuste constitution, et jouit d'une parfaite santé. Il ne se plaint que de la gêne que lui cause une tumeur de la grosseur d'une fève, de couleur noir de truffe, à surface bosselée comme celle d'une framboise, qu'il porte dans le 1/4 supéro-interne de la sclérotique. Ce malade attribue l'origine de cette tumeur, qui a mis une dizaine d'années pour acquérir son développement actuel, à l'action d'une branche qui avait frappé cet œil pendant une excursion dans la montagne.

Quoi qu'il en soit, cette tumeur a son point d'implantation à 6 millimètres environ du limbe scléro-cornéen. Elle adhère fortement à la sclérotique, dont elle émerge, et recouvre, sans y adhérer, la cornée, sur laquelle elle est étalée par son poids et par les contractions de la paupière supérieure. L'acuité visuelle est normale. L'œil a son parcours limité du côté du nez. L'examen ophtalmoscopique pratiqué après la dilatation au maximum de la pupille révèle l'existence d'une tumeur rougeâtre de la grosseur d'une très grosse tête de mouche dans la partie de la cavité oculaire située en dedans de la portion externe de la tumeur. Cette tumeur rougeâtre intra-oculaire nous parut être un prolongement de la tumeur que nous avions sous les yeux. Sans nous réoccuper de savoir si cette tumeur avait son origine dans la cavité oculaire ou si, au contraire, née en dehors de la sclérotique, elle l'avait après coup perforée, nous portâmes le diagnostic déjà fait par M. le docteur Ferras, celui de mélano-sarcôme. L'examen micrographique, dont a bien voulu se charger M. le professeur Tapie, a confirmé l'exactitude du diagnostic. La tumeur est à l'école de médecine de Toulouse.

Nous conseillâmes nous-mêmes à M. X... l'énucléation de l'œil mélanotique. Mais ayant prévu les répugnances bien naturelles pour une opération qui le priverait d'un œil dont la vision était intacte, nous lui proposâmes immédiatement l'extirpation de la tumeur intra et extra-oculaire, en le pré-

venant des dangers que faisait courir à l'œil cette tentative, et avec cette réserve d'avoir le droit d'enucléer l'œil, si les manœuvres d'extraction détruisaient tout espoir d'une conservation utile de cet organe.

C'est dans ces conditions que le 1^{er} mars 1889, après anesthésie à la cocaïne, et une complète asepsie du champ opératoire, nous procédâmes à l'exécution de cette opération absolument nouvelle, puisque, à notre connaissance, aucun chirurgien n'a pratiqué une ouverture à la coque oculaire pour en extraire une tumeur.

1^{er} temps : *fixation de la tumeur*. — Après avoir placé un écarteur à ressort, je fis passer au travers de la tumeur, au ras de la sclérotique, à l'aide d'une aiguille de Trélat, un très gros fil d'argent, long de 20 centimètres environ. Ses deux chefs tordus ensemble constituèrent une anse dans laquelle je passai ma main gauche dont les doigts réunis saisirent la tumeur elle-même.

2^e temps : *débridement sclérotical*. — Je plongeai successivement à droite, puis à gauche de la tumeur sur le prolongement du même méridien, un couteau de de Grœfe, le dos de la lame frôlant la tumeur, puis j'incisai en sciant la sclérotique sur une longueur de 4 millimètres environ, soit une incision totale de 8 millimètres environ.

3^e temps : *mobilisation de la tumeur*. — Déposant le couteau de de Grœfe, que tenait ma main droite, je m'armai d'une sonde cannelée en argent, boutonnée, et tantôt en imprimant à la tumeur, à l'aide de l'anse métallique et de l'extrémité des doigts de la main gauche, des mouvements de torsion et de latéralité, tantôt en écartant les lèvres de la boutonnière scléroticale de la tumeur, à l'aide de la sonde cannelée, je parvins, après quelques minutes, à séparer le col de la tumeur de la sclérotique qui l'étranglait, sans faire corps avec lui.

4^e temps : *extraction de la tumeur*. — Après avoir enlevé le blépharostat et confié les paupières à un aide, en combinant les mouvements de latéralité et de torsion qu'imprimaient à la tumeur l'anse métallique et l'extrémité de mes doigts, à des efforts de traction modérés, mais soutenus, nous eûmes la satisfaction de voir la portion intra-oculaire de la tumeur sortir de la cavité oculaire par la longue boutonnière que nous avions faite. Nous avions eu la chance de n'avoir pas affaire à deux tumeurs indépendantes l'une de l'autre. Il eût pu arriver que la tumeur intra-oculaire fût complètement indépendante de la tumeur extra-oculaire, ce qui eût compliqué l'extraction. Une quantité très-notable de corps vitré, environ un tiers, sortit en même temps que la portion intra-oculaire de la tumeur. Cette issue du corps vitré était inévitable, elle ne me causa aucune surprise.

5^e temps : *suture de la sclérotique et de la conjonctive*. — Après une application d'eau boratée glacée, pendant cinq minutes, sur les paupières

fermées, je procédai à la réunion des lèvres de la boutonnière scléroticale à l'aide d'une aiguille courbe et d'une pince à griffes, je passai d'abord à travers la lèvre supérieure et en son milieu de dehors en dedans, puis à travers la lèvre inférieure de dedans en dehors un fil de Catgut 00, que je nouai au ras de la sclérotique ainsi réunie. Quant à la conjonctive, je la suturai avec trois fils de soie de Chine.

6^e temps : application d'un pansement antiseptique. — Ce pansement demeura en place sans être renouvelé pendant cinq jours. Pendant tout ce temps, la garde eut mission de l'arroser, le jour et la nuit, toutes les demi-heures sous notre surveillance, d'eau boratée glacée. Le 11^e jour, le pansement fut levé pour la première fois et je constatai l'absence totale de réaction inflammatoire. La cornée et les milieux étaient transparents, la vision entière. Je laissai en place les fils, qui tombèrent seuls quelques jours après.

Sept mois après. — Avant de présenter cette observation à l'Académie de médecine, j'ai écrit à M. le docteur Ferras pour connaître l'état actuel de notre opéré.

M. le docteur Ferras a eu la bonté de me répondre que l'opération n'avait laissé aucune trace, que notre opéré jouissait d'une vision et d'une santé parfaite.

Conclusion. — Tout œil atteint de tumeur mélanotique intra et extra-oculaire, jouissant d'une vision normale chez un sujet robuste, d'une santé parfaite, ne doit pas être énucléé d'emblée.

L'énucléation d'emblée doit être réservée aux yeux désorganisés par le mélano-sarcôme.

Quand la vision est intacte, il faut tenter l'extraction de la portion intra-oculaire de la tumeur par une très-longue ouverture pratiquée à l'œil.

Une telle opération exécutée avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ne fait courir aucun danger à la vie du malade.

Cette observation montre la possibilité de son exécution avec conservation totale de la vision d'un œil voué, sans cette intervention chirurgicale qui nous paraît nouvelle, à la désorganisation mélanotique et à l'extirpation. »

Ce résultat est trop satisfaisant pour que nous ne l'enregistrons pas au nombre des opérations de choix : nous croyons-même que, sans hésiter, on devrait la pratiquer de préférence à l'énucléation dans tous les cas où elle sera possible. En tout cas, on ne fera jamais courir aucun risque au malade en l'essayant, car il sera toujours facile, aussitôt après, d'extirper l'œil, en admettant qu'elle soit d'une pratique irréalisable, ou qu'elle ne soit pas suffisante pour permettre d'enlever les moindres restes de la tumeur.

Arrivons maintenant aux résultats consécutifs de l'opération, c'est-à-dire voyons quel laps de temps s'est écoulé depuis l'intervention jusqu'à la mort des malades ou la publication des observations. Cette statistique serait d'un grand intérêt si l'on pouvait donner un chiffre de résultats assez considérable et pris à une époque éloignée de l'opération. Malheureusement, il est loin d'en être ainsi, puisque sur un total d'une centaine d'observations que nous avons pu réunir et que nous avons sous les yeux, il n'en est que cinquante neuf dont les résultats soient connus et encore pour une durée quelquefois très courte: ce sont les seules qui nous aient paru dignes d'être publiées; nous passons sous silence celles dans lesquelles les derniers renseignements sur le malade font absolument défaut. Pour augmenter le nombre de nos documents, que nous aurions voulu plus considérable, nous avons cherché à réunir encore trente cinq à quarante cas de mélando-sarcômes intra-oculaires parus en langues étrangères dans ces dernières années, nous nous sommes adressé pour les avoir à la faculté de Paris, mais le nombre et le volume considérable des ouvrages demandés ont rendu l'envoi impossible et nous avons dû pour cela nous borner aux chiffres que nous venons d'indiquer. Dans le but d'examiner avec fruit les avantages à retirer de l'opération, il eût été bon de posséder un certain nombre de cas non opérés, de connaître leur terminaison, pour les mettre en balance avec ceux où l'on est intervenu. Or il en existe fort peu dans la science et pour notre part nous n'avons pu en réunir: cela se comprend en ce que les malades qui ne se laissent pas opérer sont suivis de moins près et offrent moins d'intérêt immédiat pour le chirurgien, quand celui-ci ne les perd pas de vue à tout jamais. Il est cependant un fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que le mélando-sarcôme abandonné à lui-même entraîne toujours la mort, au bout de combien de temps? nous ne saurions le dire.

De plus, dans les cas où on a opéré, il est très important de considérer à quelle période on était à ce moment, car par exemple à la troisième période, c'est-à-dire après la rupture du globe, alors qu'il y a déjà des tumeurs extra-oculaires et que l'orbite est envahi, comme d'habitude la généralisation se produit tôt ou tard, souvent même assez vite, on conçoit qu'il est plus naturel d'attendre des résultats moins durables que pour une opération pratiquée plus tôt.

Brière dans sa thèse inaugurale l'a bien établi ; mais il n'a réuni que trente-deux cas de mélanosarcomes, dont les résultats consécutifs ne sont connus que pour un petit nombre.

Nous avons réuni 59 cas opérés et 0 de non opérés. Dans une première catégorie nous rangeons ceux où l'on a observé des récurrences et des généralisations : ils sont du nombre de 31.

(Voir tableau I).

La mort est signalée dans 22 cas.

Il y a eu généralisation et récurrence dans 8 cas.

Il y a eu récurrence sans généralisation connue dans 7 cas.

Il y a eu généralisation sans récurrence signalée dans 11 cas.

La date de la récurrence ou de la généralisation est donnée dans 28 cas, elle est inconnue dans 3 cas seulement. Sur ces 28 cas, nous trouvons *pour le temps écoulé entre*

l'opération et la récurrence		l'opération et la généralisation	
1 mois	2 cas	1 mois	1 cas
3 — 6 mois	5 cas	6 — 9 mois	6 cas
1 an	2 cas	1 an	2 cas
2 ans	1 cas	18 mois — 2 ans	3 cas
4 ans	1 cas	2 ans 1/2	1 cas

pour le temps écoulé entre l'opération et la récurrence coexistant avec la généralisation, quatre cas : de 3, de 8, de 16 mois et 1 de 3 ans.

La moyenne serait de un peu plus d'un an entre l'opération et la généralisation seule (total de 13 ans 1/2 pour 13 cas) de 10 mois entre l'intervention et la récurrence, de 15 mois entre l'opération et la récurrence avec généralisation.

En résumé, la récurrence la plus prompte a été de 1, puis de 2 mois après l'opération, mais toutes les observations qui mentionnent ces faits ne peuvent être admises comme concluantes, en effet, que dit la première (obs. 30) ? « Malade mort un mois après on ne sait pas de quoi, et la deuxième : deux mois après engorgement ganglionnaire voisin sans réapparition dans l'orbite. La récurrence ou la généralisation n'est donc pas établie dans ces observations. Le plus lentement qu'elle se soit produite, c'est quatre ans après l'énucléation.

Là-dessus, nous avons sept observations où la récurrence n'est que

probable, mais que nous avons dû néanmoins faire rentrer dans cette catégorie, en effet, voici en quels termes le résultat y est indiqué.

Obs. 10. Sort de l'hôpital sous le coup d'une affection générale très sérieuse.

— 12. Mort 6 mois après, *probablement* de métastase.

— 30. Mort 1 mois après, on ne sait de quoi.

— 35. Récidive 4 mois 1/2 après. Richet prétend qu'elle est au moins douteuse.

— 47. Récidive 2 ans après, mais guérison après deuxième opération.

— 48. Deux mois après engorgement ganglionnaire voisin, sans récidive locale.

— 51. Cinq mois après, douleur dans l'orbite, *indices* d'une récidive, état général bon.

— 58. Récidive après 4 ans. Nouvelle opération et bonne santé 1 an après.

Quant à l'observation 35, il peut paraître étonnant que l'on puisse douter de l'existence d'une récidive. La chose est possible cependant, on n'a, pour s'en convaincre, qu'à lire dans le traité d'ophtalmologie de Landolt et de Wecker, le passage suivant :

« Quoique j'ai appelé l'attention sur ce fait particulier, qu'après plusieurs mois, on peut voir se produire chez les énucléés un phénomène particulier qui pourrait faire croire à tort à une récidive locale, on n'y a guère prêté attention. Ainsi, M. Fuchs déclare aussi comme fort remarquable le cas suivant relaté par Noyes :

Un globe oculaire réduit fut énucléé pour une irritation sympathique de l'autre œil. On y trouve une petite tumeur mélanique, ayant aminci d'un côté la sclérotique, mais sans la perforer, autant qu'on en pouvait juger à l'inspection directe. Quelques mois après l'énucléation, il se présentait dans le tissu cellulaire de l'orbite une masse mélanotique circonscrite, qui disparut quelques mois après, sans avoir acquis un degré de développement quelque peu notable. L'opéré succombe après deux ou trois ans à la suite d'une mélanose du foie. L'examen microscopique le plus attentif du tissu cellulaire de l'orbite ne pouvait faire découvrir trace de quoi que ce fût qui aurait ressemblé à une mélanose. Voici ce qui s'était passé : Il se produit parfois par les vaisseaux du nerf optique sectionné, avec apparition de douleur de courte durée, un épanchement sanguin soulevant la

conjonctive sous forme d'une petite tumeur noirâtre, un champignon qui prend beaucoup de temps pour se résorber et peut parfaitement en imposer pour une récurrence. J'ai enlevé, à diverses reprises, pareils champignons d'un coup de ciseaux, entre autres chez un malade qui succomba, trois ans après son opération, à une mélanose du foie sans récurrence locale. Le champignon était muni d'un mince pédicule et uniquement composé d'un coagulum enveloppé par la conjonctive (De Wecker et Landoit. *Traité complet d'ophthalm.* 1886).

La récurrence et la généralisation n'est donc certaine que dans 24 cas. Il est assez difficile de faire la part de ce qui revient aux récurrences et aux généralisations. Généralement, la récurrence se produit d'abord et peu de temps après, la généralisation. Cependant, nous avons 7 cas de récurrences sans métastase signalée et 11 cas de généralisation sans récurrence locale connue ; mais les malades étant perdus de vue, rien ne prouve que, plus tard, ils n'ont pas vu la généralisation se produire et en somme nous ne pouvons rien en conclure.

2° Cas sans récurrence ni généralisation (28).

Date connue : 26. — Inconnue : 2.

(Voir tableau II)

L'absence de récurrence et de généralisation est constatée, le plus tôt trois mois après, le plus tard six ans après l'intervention ; nous voyons en sus que pour un certain nombre de cas, 18 environ, la période d'indemnité connue peut se chiffrer par années et rien ne nous dit qu'elle ne se soit pas prolongée pendant un temps assez long. Mais de même que tout à l'heure, nous ne voulions tirer aucune conclusion parce qu'on ne savait rien de ce qui s'était passé plus tard, ici de même nous ne voulons tabler que sur ce que nous savons des résultats, sans faire entrer en ligne de compte ce que l'inconnu peut renfermer de favorable. Rien ne nous prouve, en effet, que la récurrence ne se soit pas produite par la suite : il est même bien plus probable qu'il y en a eu quelques-unes et nous n'avons pas plus de raison de croire à leur production lente qu'à leur production rapide. Elle peut d'ailleurs se faire plusieurs années après l'opération. Hirschberg (obs. 39) s'appuyant sur cinq cas où la généralisation a entraîné la mort 1 an 1/2 après l'énucléation, n'admet la guérison

définitive qu'au bout de 2 ans. Grossmann prétend que ce terme est insuffisant et qu'il faut le reculer au moins jusque 4 ans. D'autres auteurs, qui se sont occupés de la question admettent en général qu'au bout de 3 ans révolus le sujet est à l'abri de la récurrence (*Arch. de méd.*, 1888, p. 178). Or, sur nos vingt-huit observations, nous en avons au moins cinq qui atteignent ou dépassent le chiffre de Grossmann, et au moins onze allant à celui fixé par Hirschberg, soit à peu près le $\frac{1}{5}$ dans un cas, la faible moitié dans l'autre, où les résultats peuvent être envisagés comme durables. Mais sans vouloir exagérer la valeur de ces résultats, sans escompter ce qui est inconnu au profit de nos conclusions, il faut aussi considérer ce que seraient devenus ces malades si un chirurgien n'était pas intervenu, et la chose est des plus faciles : on a opéré le plus souvent à la période glaucomateuse ; après celle-ci, on doit s'attendre à voir apparaître à bref délai la rupture du globe, l'envahissement de l'orbite, les métastases et la cachexie ; on n'a, pour s'en convaincre, qu'à observer ce qu'il advient quand la période glaucomateuse est déjà franchie, dans les cas même où l'on a opéré, et c'est ici le lieu de faire remarquer l'importance considérable de la période à laquelle on opère. Sur les vingt-huit cas où nous n'avons ni récurrence ni généralisation, quinze ont été opérés dans la période glaucomateuse ou avant celle-ci, six seulement après production de tumeurs extraoculaires, le reste, on ne sait pas quand. En revanche, dans les 31 observations, où les résultats consécutifs sont mauvais, 16 ont été opérés à la troisième période, après rupture du globe et envahissement de l'orbite bien constaté, quelques-uns à la période glaucomateuse ou à cause des douleurs éprouvées, le reste inconnu. Ces chiffres parlent assez par eux-mêmes pour qu'on n'ait pas à les commenter. En somme, si l'on ne peut dire que les énucléations faites au début donnent toujours de bons résultats tardifs, l'on peut du moins conclure que les bons résultats consécutifs sont presque toujours le fait des opérations faites à temps et les mauvaises, des opérations faites trop tard.

En se plaçant dans les conditions que nous avons indiquées, il est naturel d'espérer une guérison durable. Si on ne l'obtient pas dans tous les cas, ce qui serait trop demander, on aura prolongé la vie du malade, quelquefois assez longtemps, tout en lui épargnant les douleurs. Dans les cas défavorables, où l'opération a été faite trop tard

et où les récidives et généralisations se sont produites, nous trouvons, pour 19 cas de résultats connus, une survie de 262 mois, soit un an en moyenne pour chaque malade opéré dans ces conditions. Pour chaque opération faite au moment voulu, nous trouvons une survie de 2 ans et 3 mois et nous ne savons pas de combien cette durée a été dépassée pour chaque fait, car ce n'est là qu'un minimum, auquel on doit ajouter une quantité inconnue, variable pour chacune. En résumé : guérison durable possible dans certains cas, survie en moyenne de 2 ans 3 mois dans les opérations faites au début, de un an dans celles qui sont faites tardivement ; ces résultats ajoutés à ceux de Knapp et de Forster, nous permettent de conclure que l'énucléation est une opération recommandable, quoique ne donnant pas tous les avantages que l'on pourrait en attendre.

Conclusion : l'opinion générale sur la malignité du mélanosarcome intraoculaire est un peu trop exclusive : Il y a des cas bénins. On est néanmoins forcé de convenir que, plus souvent, ces néoplasmes revêtent une forme maligne, que ce sont eux qui dominent dans l'histoire du mélanosarcome.

Vu : Le Président de la Thèse,

H. CHRÉTIEN.

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 7 juin 1890,

Le Recteur,

E. MOURIN.

TABLEAU I

N°.	Sexe.	Age.	Oeil.	Durée.	PÉRIODE A LAQUELLE ON A OPÉRÉ	RÉSULTATS CONSÉCUTIFS
2	H	50	O D	2 mois.	Envahissement considérable de l'orbite.	Six mois après, mort par généralisation.
3	F	59	O G	2 ans.	Après douleurs vives dans l'œil et la tête.	Neuf mois après, mort.
4	H	50	O D	9 ans.		Mort trois ans après : récurrence et généralisation.
6	H	42	O G	8 ans.	Tumeur extra-oculaire.	Un an après, récurrence.
8	H	65	O G	18 mois.	Glaucome (iridectomie). Encléation à la troisième période.	Neuf mois après l'opération, mort. Pas de récurrence.
9	H	44	O G	7 ans.	Tumeur extra-bulbaire.	Trois mois après, récurrence locale. Mort neuf mois après par généralisation.
10	H	15	O D	4 mois.	Après douleurs vives et perte subite de la vue.	Sort de l'hôpital sous le coup d'une affection générale très sérieuse.
11	H	63	O G	3 ans.	Tumeur extra-oculaire.	Récurrence locale et généralisation dans le bas ventre (en même temps : gliome).
12	H	73	O G	5 mois.	Tumeur extra-oculaire.	Mort six mois après, probablement de métastase.
17	F	45	—	—		Deux ans et demi après, mort par généralisation, sans récurrence.
18	F	40	O G	2 ans.	Tumeur extra-oculaire.	Pas de récurrence. Mort peu après par généralisation.
19	F	40	O D	1 an.	Pour douleurs vives.	Cinq semaines après, récurrence. Opération. Nouvelle récurrence quelques semaines après. Mort par généralisation.
28	H	—	—	3 ans.	Envahissement de l'orbite.	Récurrence trois mois après ; deuxième opération. Mort le lendemain d'apoplexie.
29	H	60	O G	—	Période glaucomateuse.	Pas de récurrence. Généralisation et mort dix-huit mois après.
30	H	52	—	13 ans.	Tumeur externe ayant perforé la sclérotique.	Mort 1 mois après, on ne sait de quoi.
33	H	65	—	—	Tumeur extra-bulbaire.	Pas de récurrence. Mort dix-neuf mois après, de sarcome au foie.
34	—	—	O G	—	Perforation commençante de la sclérotique.	Mort vingt-deux mois après, par généralisation.
35	F	53	O D	4 mois.		Quatre mois après, récurrence (douteuse).
36	H	50	O G	—	Opération pour douleurs intolérables.	Un an après, mort de chagrin et de découragement.
40	F	24	O G	1 an.	Période Glaucomateuse.	Un an après, mort de généralisation au foie.
41	H	61	O D	—		Mort seize mois après. Récurrence et généralisation.
45	H	37	—	—		Mort un an environ après, de tumeur au foie.
46	—	—	—	—		Mort neuf mois après, de métastase au foie.
47	—	—	—	—		Récurrence deux ans après. Guérison après deuxième opération.
48	H	22	O D	—	Envahissement de tout l'orbite et des paupières.	Deux mois après, engorgement ganglionnaire voisin sans récurrence.
50	Enf.	31	O G	—	Tumeur dans la cavité orbitaire.	Récurrence et mort trois mois après l'opération.
51	H	36	O D	4 ans.	Issue de la tumeur au dehors.	Cinq mois après, douleurs dans l'orbite, indices d'une récurrence. Etat général bon.
54	H	51	O D	pl. d'1 an	Perforation au cours de l'opération.	Un mois après, récurrence, opération. — Deuxième récurrence dix mois après la première. — Troisième récurrence deux mois après. Mort par généralisation.
55	F	56	O D	1 an.	Perforation imminente.	Récurrence rapide et cachectique. Mort huit mois après.
56	H	52	O G	12 ans.	Perforation au cours de l'opération.	Un an après récurrence : le malade s'en va sans être de nouveau opéré.
58	H	53	—	15 ans.		Récurrence après quatre ans. Evidement de l'orbite ; un an après, ni récurrence ni généralisation.

TABLEAU II

N ^{os}	Sexe.	Age.	Oeil.	Durée.	PÉRIODE A LEQUELLE ON A OPÉRÉ	RÉSULTATS CONSÉCUTIFS
1	H	58	O D	3 ans.	Extirpation de tumeur extra-oculaire	Deux ans après, pas de récurrence.
3	F	20	O D	10 ans.	Période glaucomateuse. Tumeur extra-oculaire	Un an et demi après, santé bonne.
7	F	62	O G	40 sem.	Période glaucomateuse	Trois ans après pas de récurrence.
13	H	38	O D	—	Première période avant douleurs	Cinq mois après, pas de récurrence. Plus de renseignements.
14	H	49	—	—	Période glaucomateuse	Cinq ans après, pas de récurrence.
15	F	39	O D	3 ans.	Début de période glaucomateuse.	Neuf mois après, pas de récurrence.
16	F	20	—	17 mois.	Ablation par une iridectomie de la partie sarcomateuse de l'iris.	Deux ans après, pas de récurrence. Vision normale.
20	F	20	O D	Depuis l'enfance	Avant formation de tumeurs extra-oculaires	Jusqu'ici, pas de récurrence.
21	F	28	O D	—	—	Six mois après, santé bonne.
22	H	57	O G	9 mois.	Période glaucomateuse	Vingt-et-un mois après, pas de récurrence.
23	F	56	O D	4 an.	Période glaucomateuse	Cinq mois et demi après, santé bonne.
24	H	49	O D	—	Période glaucomateuse. Tumeurs extra-oculaires non mélaniques	Quatre ans après, santé bonne.
25	H	40	O G	6 mois.	Période glaucomateuse	Trois mois après, malade bien portant Teint jaune prononcé.
26	H	57	O D	4 an.	Période glaucomateuse	Un an après, santé bonne.
27	H	Age mur	O G	—	Troisième période. Tumeurs extra-oculaires	Six ans après, vivant. Etat de santé inconnu.
31	F	60	O D	—	Début de période glaucomateuse.	Quatorze mois après, pas de récurrence.
32	F	54	O G	4 an.	Période glaucomateuse	Quatre ans après, pas de récurrence.
37	H	26	O D	7 mois.	Période de rupture	Pas de récurrence depuis l'intervention.
38	—	—	—	—	—	Guérison maintenue après deux ans.
39	F	55	O D	—	Après douleurs vives sans glaucôme	Pas de récurrence après dix-huit mois.
42	F	25	O D	7 an.	—	Un an après, pas de récurrence.
43	H	35	O D	2 mois.	Tout à fait au début de période glaucomateuse	Plus d'un an après, aucune menace de récurrence ni de généralisation.
44	F	34	—	3 ans.	Troisième période, envahissement du nerf optique.	Deux ans après, ni récurrence, ni généralisation.
49	H	74	—	—	—	Pas de récurrence cinq ans plus tard.
52	—	—	—	—	—	Pas de récurrence 17 mois après l'opération.
53	—	—	O G	—	Paupières refoulées par la tumeur	Un an après, pas de récurrence.
57	F	43	O G	5 ans.	Troisième période. Grappe extra-oculaire	Quatre mois après, ni récurrence, ni généralisation.
59	H	32	—	10 ans.	Tumeur intra et extra-oculaire. Sclérotomie extractrice.	Sept mois après, vision et santé parfaite.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — *Dictionnaire de Jaccoud*, art. Iris.
- ASCHENBORN. — *Sarcoma bulbi melanoïdes*.
- AMMON. — *Gaz. des Hôpitaux* 1884, n° 131.
- Annales d'oculistique.*
- Archives d'ophthalmologie.*
- BARD. — *Lyon médical*, 22 mars 1885.
- BECKER. — *Archiv für Augen und ohren heilkunde*, 1870.
- BELLOUARD. — *Recueil d'ophthalmol.*
- BIMSENSTEIN. — *Thèse de Paris*, 1879.
- BIMSENSTEIN. — *Recueil d'ophthalmol.*, 1879, p. 593.
- BOULAY. — *Archives générales de médecine*, 1888.
- BRADLEY. — *Détroit Lancet*, III, p. 537. — *Mel. sarcome of the eye ball.*
- BRESCHET. — *Considérations sur la Mélanose*. Paris 1821.
- BRIERE. — *Thèse de Paris*, 1873.
- CARRÉ. — *Gazette d'ophthalm.* 1^{er} juin 1879.
- CLAUZEL. — *Thèse de Paris* 1873.
- CORNIL et RANVIER. — *Anatomie pathologique.*
- CORNIL et TRASBOT. — *Mélanose. Mémoire de l'Acad. de méd. de Paris.* XXXIII.
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire.*
- DEMARQUAY. — *Traité des tumeurs de l'orbite*. Paris 1860.
- DEMARQUAY. — *Annales d'oculistique de Bruxelles*, 1868.
- DESMARRES. — *Traité des maladies des yeux.*
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 367.
- FUCHS. — *Revue génér. d'ophthalmologie*, 1888. — *Mel: Sarcôme de l'œil.*
- FUCHS. — *Das Sarcom des Uvealtractus*. Wien, in-8°, p. 229.
- FUCHS. — *Diss. Inaug.* Greifswald, in-8°.

- FUCHS. — *Semaine médicale*, 1888, p. 407.
- GALEZOWSKI. — *Diagnostic et Traitement des affections oculaires*.
- GALEZOWSKI. — *Congrès français de Chirurgie*, 3^e session 1888.
- GALEZOWSKI. — *Revue d'ophthalm.* Paris 1879, p. 727. — *Mel. sarc. de l'Iris*.
- GALEZOWSKI. — *Moniteur des Sciences*, 1860.
- GAURAN. — *Union méd. de la Seine-Inférieure* 1879, p. 116.
- GILLETTE. — *Union médicale* 1873, n^o 34.
- GOODRICH. — *Michigan med. News Detroit*, 1879, p. 29. — *Mel. sarcôme de l'œil*.
- DE GRÆFE. — *Archiv für ophthalmol.*, 1860, p. 40, 42 et t. I, A. 2, p. 214.
- HARTMANN. — *Progrès médical*. 3 janvier 1885.
- HASKET DERBY. — *Union médicale*, 1872.
- HAYEM. — *Revue*.
- HEURTAUX. — *Dict. de Jaccoud*. Art. Mélanose.
- KIPP. — *Archiv für Augenheilk.*, t. V, 1^{re} partie, p. 77. — *Mel.*
- KIRMISSON. — *Pathologie externe* 1888,
- KNAPP. — *Beitrage zur Pathologie des Auges*. Wien 1870, p. 263.
- KNAPP. — *New-Yorck med. Rec.* XVII, p. 137. — *Melan. sarcôme of the eye ball*.
- LANDOLT et DE WECKER. — *Traité complet d'ophthalmologie*.
- LATTEUX. — *Rec. d'ophthalm.* février 1882, p. 65. — *Mel. sarc. de la Chorôïde*.
- LAWRENCE. — *Ann. d'oculistique*, 1838, t. I, p. 33.
- LEBERT. — *Tr. pratique des maladies cancéreuses*. Paris 1851.
- LEDENTU. — *Rec. d'ophthalmol.*, 1874, p. 436.
- LEGG. — *Transact. of the path. soc.* XXIX.
- LEROY et PFLUGER. — *Annales de la Soc. de méd.* Anvers 1882.
- MAGER. — *Bayrich Intelligenzbl.*, n^o 4.
- MALGAIGNÉ. — *Revue méd. chir. déc. 1852 et Gaz. des Hôp.* 1841, t. III, p. 220.
- MASSELOU. — *Encyclopédie de chirurgie*, t. V.
- MAUNOIR. — *Sur le fungus médullaire et hématoïde*, 1826.
- NEPVEU. — *Gaz. médicale de Paris* 1872.
- OPPENHEIM. — *Revue de Hayem*, 1888.
- OTORY. — *Brit. méd. Journ.*, avril 1882. — *Mel. sarcôme*.

- PAMARD. — *Revue méd. chir.* 1852.
- PANAS. — *An. path. de l'œil.*
- PFLUGER. — *Bericht der Augenheilk.* — In Bonn, p. 68.
- POUCHET. — *Gaz. médicale de Paris*, n° 44, 1881.
- PRIESTLEY SCHMITH. — *Ophthalmic Review* 1882, p. 264.
- RAAB. — *Klin Monstbl.* juillet 1875.
- REID. — *Lancet and Clinica* VIII, p. 406.
- Revue générale d'ophtalmologie.*
- RICHEL. — *Rec. d'opthalm.* 18 juillet 1878.
- ROMIÉE. — *Ann. de la Soc. de méd. et de chir.* Liège 1881, p. 49 et mars 1879.
- ROMIÉE. — *Rec. d'opthalm.* Avril 1881, p. 207, 210.
- SICHEL. — *Iconogr. ophthalmol.* 1852, 1859.
- SÆLBERG WELLS. — *Traité des maladies des yeux.* Paris 1873, p. 470, 474.
- SPENCER WATSON. *Brit med. Journ.* 28 avril 1877 et 1879, p. 548.
- STÆBER. — *Mém. sur la mélanose oculaire.* Strasbourg 1853.
- STORY. — *Path soc. of Dublin* ser. 26.
- VANHOUTTE. — *Th. de Paris* 1889.
- VAZEILLE. — *Th. de Paris* 1879.
- VINCENTIES (F. DE). — *Estrate del movim med. chir.* in-8° p. 50.
- VIRCHOW. — *Path. des Tumeurs* 1869.
- VOSSIUS. — *Revue générale d'ophtalmologie* 1886.
- DE WECKER. — *Traité des maladies des yeux.*
- WICHERKIEWICZ. — *Przeglz. Ick.* XIX, p. 364.
- WIEGAND. — *Thèse de Berlin* 1883.
-

